

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Bakalářská práce

VĚRA GOGOLÍNOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dostálová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

Ve Vsetíně dne 31.5.2011

podpis

ABSTRAKT

GOGOLÍNOVÁ, Věra. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dostálová. Vsetín. 2011. s. 84.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Teoretická část zahrnuje charakteristiku onemocnění, klinické projevy, diagnostiku a léčbu. Základní částí práce je ošetrovatelská péče u takto postižených pacientů, která musí splňovat určitá kritéria k zajištění potřeb pacienta a prožití kvalitního života i přes následky nemoci. U pacienta s cévní mozkovou příhodou je důležitá multidisciplinární péče a zajištění kontaktu s rodinou nemocného.

Klíčová slova: Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelský proces.

ABSTRACT

GOGOLÍNOVÁ, Věra. *The nursing process for patients with stroke*. College of Health, o.p.s., level of qualification: Bachelor. Supervisor: Mgr. Markéta Dostálová. Vsetín. 2011. Page 84.

The nursing process for patients with stroke is the main theme of this work. The theoretical part includes characteristic of disease, clinical manifestations, diagnosis and treatment. The basic part of this bachelor work is the nursing care of stricken patients which must fulfil specific criteria to ensure patients' needs and a good quality of his life despite the of consequences of the disease. The multidisciplinary care and the ensuring contact with the family of sick person is important for a patient with stroke.

Key words: Stroke. Nursing process.

PŘEDMLUVA

V dnešní uspěchané době není dostatek času na dodržování zdravého životního stylu, ovšem k zamyšlení nad způsobem života dochází většinou až při objevení zdravotních problémů či propuknutí nemoci. Jednou z chorob, jejíž vznik je částečně ovlivnitelný životním stylem je i CMP.

Tato práce vznikla ve snaze přiblížit problematiku CMP a ošetrovatelskou péči o takto postižené pacienty. Hlavní úlohou zdravotní sestry je zajistit co možná nejvyšší kvalitu života pacienta se snahou navrátit jej do normálního, navyklého způsobu života.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn prací na Neurologické JIP. Podklady pro práci jsem čerpala z knižních pramenů a internetových zdrojů. Práce je určena studentům zdravotních oborů, poznatky zde mohou najít i sestry pracující v neurologickém oboru.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Dostálové, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Anatomie centrální nervové soustavy	11
1.1 Mozek.....	11
1.2 Části mozku.....	12
1.3 Patofyziologie.....	15
2 Cévní mozkové příhody	17
2.1 Rizikové faktory vzniku CMP.....	17
2.2 Dělení CMP	18
2.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody	18
2.2.2 Mozkové cévní příhody hemoragické	20
3 Diagnostika CMP	22
3.1 Objektivní neurologické vyšetření	24
4 Léčba CMP.....	26
4.1 Léčba ischemických CMP.....	26
4.2 Léčba hemoragických CMP	27
4.3 Chirurgická léčba	27
4.4 Rehabilitace	28
4.5 Fyzikální léčba	28
4.6 Lázeňská léčba	29
4.7 Logopedická péče.....	29
4.8 Životospráva.....	29
5 Sekundární prevence	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
6 Ošetřovatelský proces	31
6.1 Základní identifikační údaje pacienta.....	31
6.2 Anamnéza.....	32
6.3 Posouzení současného zdravotního stavu ze dne 1.1.2011	34
6.4 Ordinace lékaře a výsledky vyšetření.....	38
6.5 Situační analýza 1.1.2011.....	40

6.5.1 Ošetrovateľské diagnózy ze dne 1.1.2011	41
6.6 Celkové vyhodnocení stavu / 3.1.2011 po 48 hodinách hospitalizace.....	53
6.6.1 Ošetrovateľské diagnózy ze dne 3.1.2011	54
6.7 Celkové vyhodnocení stavu / 5.1.2011 po 5 dneh hospitalizace	62
6.7.1 Ošetrovateľské diagnózy ze dne 5.1.2011	63
6.8 Celkové hodnocení pacienta ze dne 7.1.2011	68
7 Závěr.....	70
Seznam použité literatury a další informační zdroje	71
Příloha : Seznam standardů, tabulek, obrázků, fotografií	73

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AG – angiografie

CMP – cévní mozková příhoda

CT – počítačová tomografie

DK – dolní končetina

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiogram

FW – sedimentace

JIP – jednotka intenzivní péče

MRI – nukleární magnetická rezonance

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – permanentní žilní katétr

RIND – reverzibilní ischemický neurologický deficit

RTG – rentgen

SpO₂ – saturace krve kyslíkem

TIA – tranzientní ischemická ataka

TK – tlak krve

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie – porucha řeči, ztráta schopnosti používat nebo pochopit slova

Angiopatie – nespecifikované cévní onemocnění

Arteria vertebralis – obratlová tepna

Corpora mammillaria – dvě vyvýšeniny, které jsou součástí limbického systému

Dysartrie – porucha řeči charakterizovaná špatnou artikulací

Dorsální extenze – ohyb kotníku směrem za hřbetem nohy

Encefalomalacie – mozková nekróza

Endartektomie – operace s odstraněním sklerotického plátu

Hemipareza – částečné ochrnutí jedné poloviny těla

Hypercholesterolemie – zvýšená hladina cholesterolu v krvi

Hypoperfúze – snížená perfúze

Infundibula – nálevkovitý výběžek

Paréza – částečná ztráta hybnosti

Plegie – úplné ochrnutí

Subarachnoidální prostor – prostor mezi pavoučnicí a měkkou plenou

Tuber cinereum – nepárový hrbolek hypothalamu

Vertigo - závrať

ÚVOD

Cévní mozkové příhody zaujímají dlouhodobě třetí místo v úmrtnosti občanů České republiky, ve světě zemře na tuto chorobu více než 5 miliónů lidí ročně. Ischemických příhod je zhruba 85%, úmrtnost je kolem 20%. Hemoragická CMP je způsobena krvácením do mozku a tvoří asi 15% všech CMP, úmrtnost je kolem 50%. Vzhledem k novodobému způsobu života postihuje toto onemocnění čím dál častěji mladší generaci. CMP dokáže ze dne na den výrazně ovlivnit kvalitu lidského života. Promění se mezilidské vztahy, postavení ve společnosti, v rodině a především to změní postoj nemocného k sobě samému. Má-li pacient štěstí a nemoc jej nepostihne v plné síle, je zde možnost uzdravení, v opačném případě je odkázán na dlouhodobou pomoc odborníků a blízkých.

Cílem mé práce je přiblížit společnosti problematiku tohoto onemocnění a zajistit ošetrovatelskou péči o takto postiženého pacienta.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie centrální nervové soustavy

1.1 Mozek

Je řídicí orgán nervové soustavy. Lidský mozek má cca 100 miliard nervových buněk (neuronů) které vzájemně propojují tzv. synapse. Každá buňka tvoří až 20 000 spojení. Tato hustá síť spojení není stálá, s vývojem života se neustále mění. Některá spojení se zesilují (např. učením), jiná zanikají. Nervová vlákna dospělého člověka měří celkem 150 000 km. Mozek řídí a kontroluje tělesné funkce, jako je činnost srdce, trávení, pohyb, řeč, ale i samotné myšlení, paměť či vnímání emocí. Lidský mozek je uložen v lebeční dutině, ohraničen a chráněn kostmi neurokrania (mozkovny). Společně s míchou tvoří centrální nervovou soustavu, je nadřazeným nervovým centrem. Mozek je chráněn soustavou plen, v lebeční dutině „plave“ v mozkomíšním moku, který je rozváděn soustavou mozkových komor. Centrální nervová soustava CNS, se skládá z mozku (přední, střední a zadní) a míchy. Laicky se dá mozek připodobnit k nasáklé školní houbě, která však řídí vše, co děláme. Tajemnou mozkovou hmotu totiž tvoří 78% vody. Zbytek představují tuky (10-12%), bílkoviny (8%), sacharidy (1%) a anorganické soli (1%). Mozek pracuje asi na 5-10% své kapacity! V tomto nejsložitějším orgánu sídlí naše vědomí, myšlení, paměť i emoce. Zde se z celého těla sbíhají veškeré informace. Mozek je jako počítač, který je vyhodnotí a vhodně na ně reaguje (CORDELIA, 2009).

1.2 Části mozku

Zadní mozek

Zadní mozek je – s výjimkou evolučně mladšího mozečku – nejstarší částí mozku. Prodloužená mícha a Varolův most jsou součástí mozkového kmene, zodpovídají za udržení základních životních funkcí. Dále se dělí na:

- Míšní mozek
 - Prodloužená mícha zajišťuje řízení činnosti srdce, cév, dýchacích pohybů, polykání, sání. V ní je IV. komora mozková a vystupuje z ní 7 párů hlavových nervů.
- Vlastní zadní mozek (metencephalon)
 - Mozeček zajišťuje udržování rovnováhy a řízení přesnosti pohybů. Má dvě hemisféry propojené červem mozečkovým, obsahuje Purkyňovy buňky.
 - Varolův most kontroluje žlázy vylučující sliny a slzy, ovlivňuje také některé fáze spánku. Spojuje mozeček a koncový mozek. Vystupuje z něj V. hlavový nerv - nerv trojklaný.

Střední mozek

Střední mozek (mesencephalon) zajišťuje souhru očí a pohyb hlavy za zvukem. Procházejí jím zprávy ze zrakového a sluchového ústrojí. Je součástí mozkového kmene. Končí zde část zrakového a sluchového nervu, začínají zde okoohybné nervy.

Přední mozek

Přední mozek se člení na pravou a levou mozkovou hemisféru, které tvoří největší část předního mozku. Na povrchu hemisfér je šedá hmota a mozková kůra, uvnitř hemisfér je bílá hmota. Bílá hmota obsahuje podkorová nervová vlákna, která spolu tvoří komunikační síť mozku, ta spojují mozkovou kůru a korové oblasti s míchou. Šedá hmota je látka obsahující těla nervových buněk, tvoří mozkovou a buněčnou kůru i podkorová jádra.

- Mezi mozek je uložen blízko třetí mozkové komory a dělí se na thalamus, hypothalamus, epithalamus a subthalamus. Je evolučně mladší část předního mozku, jeho součástí je thalamický mozek, kde se přepínají veškeré podněty z periferie. Thalamus je považován za centrum zodpovědné za emoce, pocit hladu, agrese, strachu. V jádrech thalamu začínají eferentní dráhy a končí aferentní dráhy. V horní části – epithalamu – se nachází žláza s vnitřní sekrecí - šišinka (epifýza), která prostřednictvím hormonu melatoninu ovlivňuje naše biorytmy. V dolní části se nachází podvěsek mozkový - hypofýza, žláza, která podléhá pouze podnětům z nervového systému a sama prostřednictvím svých hormonů ovlivňuje a hormonálního řízení.
- Koncový mozek - je nejmladší a největší část mozku. Je rozdělen na dvě hemisféry. Na povrchu je kryt pláštěm (pallium), který je krytý kůrou (kortex), tvořenou šedou kůrou mozkovou, což jsou těla neuronů. Povrch mozku je zpravidla rozbrázděn závitě. Vnitřek je vyplněn bílou hmotou (vlákna neuronů) a okřesy šedé hmoty, které tvoří podkorová centra, tzv. bazální ganglia. Nejstarší část koncového mozku tvoří čichový mozek, rhinencephalon. Struktura mozkové kůry čichových laloků je jednodušší. Součástí rhinencephalonu je ale i limbický systém mozku, centrum emocí. Koncový mozek zpracovává vnější podněty - čichové, chuťové, zrakové, sluchové. Řídí úmyslné pohyby a řeč, provádí myšlenkové činnosti, iniciuje podmíněné reflexy.

Mozkové hemisféry

U lidí došlo v oblasti koncového mozku k velkému rozvoji, lidské hemisféry se tím odlišují od hemisfér jiných obratlovců. Hemisféry se dělí na pravou a na levou, dále se ještě rozdělují do čtyř laloků, které jsou pojmenovány podle lebečních kostí, které je překrývají.

- Frontální (čelní) lalok
- Parietální (temenní) lalok
- Temporální (spánkový) lalok
- Occipitální (týlní) lalok

Mozkové komory

Mozkové komory vytvářejí látku zvanou mozkomíšní mok, což je ochranná tekutina, která mozek i míchu chrání před poraněním a infekcí. Komory se nacházejí v mozku a mozkovém kmeni, jsou celkem čtyři. Tři komory jsou uloženy v předním mozku, uvnitř každé hemisféry je jedna postranní komora, která je největší. Postranní komory se člení na tělo a tři rohy, přední roh, zadní roh a dolní roh. Mezi pravým thalamem a hypothalamem je třetí komora, která se směrem dozadu zužuje. V zadním mozku, pod mozečkem je čtvrtá komora, spojená s třetí komorou úzkým kanálkem. Mozkomíšní mok je produkován v cévní pleteni (plexus choroideus), plní ochrannou funkci a nejspíš také zabraňuje infekci a jsou jím odplavovány zplodiny do žilního systému. Mozkomíšní mok má být čirá a bezbarvá tekutina; jeho zbarvení je příznakem nemoci.

Thalamus a hypothalamus

Thalamus přijímá sensorické signály kromě čichových. Je součástí mezimozku, nachází se v hloubi hemisféry a je tvořen párovými útvary šedé hmoty. Pravý a levý thalamus je spojen můstkem šedé hmoty. Thalamus se skládá ze souborů nervových buněk, které dostávají signály ze svých zdrojů, pak je díky svému spojení převedou do určité části mozkové kůry. Tak je například signál ze zrakového ústrojí (oka) thalamem převeden do příslušné korové oblasti. Thalamus se také zúčastňuje kontroly mimovolních funkcí včetně udržování vědomí.

Hypothalamus je základem pro regulaci tělesných funkcí a je uložen v hloubi mozku. Leží těsně za zkřížením zrakových nervů. I hypothalamus je složen z mnoha jader. Na jeho spodní ploše jsou útvary:

- Corpora mammillaria – dvě vyvýšeniny, které jsou součástí limbického systému.
- Stopka hypofýzy – dutá struktura, která hypothalamus spojuje se zadní částí hypofýzy.
- Tuber cinereum – vyvýšenina, která obklopuje bázi infundibula. Má šedomodrou barvu.

Reguluje další funkce:

- Hypofýza

- Autonomní nervový systém spojením s autonomními oblastmi v mozkovém kmeni ovlivňuje srdeční činnost a krevní tlak, kontrakce močového měchýře a střeva, tvorbu slin a potu.
- Přijímání potravy a tekutin
- Tělesná teplota – kontroluje teplotu krve.
- Kontrola emočního chování – podílí se na kontrole agrese, strachu a sexuálního chování.
- Kontrola spánkových cyklů – má vliv na denní kontrolu spánku a bdění.
- Paměť

Mozeček

Mozeček je uložen v zadní části mozku. Udržuje rovnováhu, vzpřímený postoj a koordinuje pohyby. Jeho činnost je zcela podvědomá, tedy nevíme o ní.

Cévní zásobování mozku

Mozek je artériemi zásoben okysličenou krví. Mozková tkáň potřebuje velké množství krve, asi 15-20% právě cirkulující. Deset sekund po přerušení přívodu krve do mozku dochází k jeho nevratnému poškození. Mozek zásobují dva páry tepen. Arteria vertebralis zásobuje mozkový kmen a mozeček. Mozkové žíly odvádějí krev do systému splavů (sinusů), odkud směřuje do srdce (CORDELIA, 2009).

1.3 Patofyziologie

Dojde-li k nějaké poruše krevního oběhu (snížení množství krve při krvácení, srdeční porucha, kdy se do oběhu dostane méně krve než obvykle), objeví se v organismu regulační mechanismy, které zajistí krevní zásobení pro životně důležité orgány (mozek, srdce, játra, ledviny). Děje se tak na úkor relativně méně potřebných orgánů (kůže, svaly, trávicí ústrojí). Mozkové cévy jsou schopny samostatné regulace, kterou přispívají k udržení lokálního krevního oběhu. Jsou schopny se rozšířit nebo naopak se zúžit. Stěna mozkových tepen reaguje na změny koncentrace některých látek v krvi (zejména na obsah kyslíku a kysličníku

uhličitého). Zvýšený obsah kyslíčnicku uhličitého způsobí rozšíření mozkových tepen a lepší prokrvení. Jeho snížení pak způsobí zúžení mozkových cév.

Při poruše krevního zásobení působí dva regulační mechanismy: jednak celkové, které mění rozdělení krve k jednotlivým orgánům, jednak místní, které udržují krevní tlak v potřebné výši. Pokud tyto mechanismy selžou klesá krevní tlak v mozkových tepnách, což se projeví klinickými projevy nedokrvenosti v postižené oblasti a vznikem CMP (NEBUDOVA, 1999).

2 Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody jsou choroby způsobené poruchou krevního zásobení mozku a projevují se snížením jeho funkce. Postižení normální funkce mozku může být krátkodobé a drobné, bez zjistitelných změn v mozkové tkáni, nebo velmi těžké a trvalé, spojené s rozsáhlým strukturálním poškozením mozku.

CMP jsou onemocnění medicínsky a společensky velmi závažné, neboť ve vyspělých zemích jsou 3. nejčastější příčinou úmrtnosti obyvatelstva a péče o pacienty postižené CMP je ekonomicky nákladná. Úmrtnost na CMP je v prvních 30 dnech 20-40% a každý třetí přežívající pacient je postižen neurologickým deficitem.

Neurologické příznaky závisí na umístění mozkového postižení. Nejčastějšími příznaky CMP jsou: částečná porucha hybnosti končetin (paréza), úplná porucha hybnosti končetin (plegie), poškození jedné poloviny těla (hemiparéza, hemiplegie), porucha řeči a porozumění řeči (afázie), porucha čtení (alexie), psaní (agrafie), počítání (akalkulie), porucha zraku (dislopie), poruchy hlavových nervů (licního nervu, okohybných nervů), poruchy mikce (inkontinence, retence močová), porucha polykání (dysfagie), porucha hybnosti všech končetin (kvadruparéza, kvadruplegie), porucha výslovnosti (dysartrie), porucha paměti a chování (amnézie, apatie nebo zmatenost a neklid), poruchy vědomí.

2.1 Rizikové faktory vzniku CMP

- Arteriální hypertenze - nejnebezpečnější je vysoký diastolický tlak, je nutné včas rozpoznat hypertenzi a zajistit léčbu
- Kardiovaskulární poruchy - jedná se o chlopenní vady, kardiomyopatie, infarkt myokardu
- Mozková ateroskleróza - je nejčastější příčina vzniku CMP
- Hypercholesterolemie - LDL (low density lipoprotein) urychluje vznik aterosklerózy
- Alkohol - vyvolává mozkovou hemoragii
- Kouření - je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů, nebezpečné je i pasivní kouření

- Renální choroby - chronické onemocnění ledvin může vyvolat hypertenzi a vznik mozkové hemoragie
- Diabetes mellitus - je významným faktorem vzniku ischemických příhod
- Obezita - představuje zátěž pro kardiovaskulární ústrojí a tedy riziko vzniku mozkové ischemie
- Hormonální antikoncepce - její užívání představuje riziko vzniku ischemického infarktu
- Rodinná zátěž - na vzniku CMP se mohou podílet genetické vlivy (KALITA, 2010)

2.2 Dělení CMP

CMP lze rozdělit do dvou základních skupin: ischemické cévní mozkové příhody a mozková krvácení. Ischemické příhody tvoří přibližně 85%, hemoragie 15% všech CMP.

2.2.1 Ischemické cévní mozkové příhody

Jsou mnohem častější než krvácení. I když je příčina odlišná, někdy je klinický obraz a průběh podobný hemoragiím. Příčinou ischemických infarktů může být tepenná trombóza, embolie či systémová hypoperfúze. Všechny tyto příčiny vedou k mozkové ischemii, dochází ke zhoršenému zásobení mozku krví, snížení přísunu kyslíku a živin, což postupně vede k trvalému poškození mozkové tkáně.

Nejčastější typy uzávěrů:

1. Uzávěry přírodních velkých tepen (karotidy a vertebrální tepny)

Zde závisí postižení na stavu oběhu. Pokud ostatní tepny zajistí dostatečný přísun krve do mozku, může proběhnout bez příznaků. Při těžké stenóze může dojít k opakovaným ischemickým atakám až k encefalomalacii.

2. Uzávěr přední mozkové tepny (a.cerebri anterior)

Tepna zásobuje vnitřní část temenního a čelního laloku. Typickým obrazem je ochrnutí protilehlé strany těla. Dolní končetina je postižena více než horní. Dále se objevují poruchy cití, chování, zmatenost, dezorientace.

3. Uzávěr střední mozkové tepny (a.cerebri media).

Tepna zásobuje skoro celou zevní stranu hemisféry. Hlavním příznakem poškození je ochrnutí protilehlé poloviny těla s těžším postižením horní končetiny. Dále se objevuje porucha lícního nervu, porucha čítí, hlava a oči bývají stočeny ke straně ložiska. Pokud je porucha v řečově dominantní hemisféře, tzn. u praváků v levé a naopak, dochází k různým poruchám řeči (afázii). Afázie může být expresivní (pacient rozumí mluvenému slovu, ale sám slova komolí, nedovede se vyjádřit), senzorická (nemocný nerozumí mluvenému slovu, ve svém projevu vyjadřuje něco jiného než zamýšlí).

4. Uzávěr zadní mozkové tepny (a.cerebri posterior)

Tepna zásobuje vnitřní a spodní stranu spánkového laloku a skoro celý lalok tylní. Mimo to část mezimozku a mozkového kmene. Typickými příznaky jsou poruchy zrakové-výpadky zorného pole, poruchy čtení, rozeznávání barev, zrakové halucinace.

5. Uzávěry některé z mozečkových tepen.

Bývá zde porucha rovnováhy, porucha pohyblivosti, mohou se objevit závratě, zvracení, pocit slabosti.

6. Uzávěry tepen mozkového kmene.

Jelikož jsou v mozkovém kmeni životně důležitá centra, je zde uzávěr často neslučitelný se životem. Objevují se poruchy polykání, výslovnosti, citlivosti, poruchy vědomí, oběhu, dýchání.

Dělení ischemických CMP dle klinického obrazu:

1. Tranzientní ischemická ataka – TIA - náhle vzniklá neurologická symptomatologie (ztráta zraku, porucha výslovnosti, pokles ústního koutku, brnění končetin, porucha chybnosti) trvá několik minut či hodin, do 24 hodin však příznaky ustoupí. Příčinou TIA jsou nejčastěji mikroembolie, vzestup TK, pokles celkové cirkulace.
2. Reverzibilní ischemický neurologický deficit – RIND- dojde k neurologické symptomatologii, která se upraví, úprava však trvá déle než 24 hodin. Symptomatologie i příčiny jsou stejné jako u TIA.
3. Progredující iktus – jde o závažnou CMP, neurologická symptomatologie se v průběhu hodin či dní prohlubuje. Nejčastější příčinou je narůstání trombu ve větší cévě (a.carotis interna, a. cerebri media). Pokud dojde k úplnému uzávěru cévy, dojde po několika minutách k nevratnému poškození mozkové tkáně a iktus je dokončen. Mezi příznaky progredujícího iktu patří hemiplegie, afázie, pokles ústního koutku, dysartrie, ztížené polykání. Horní končetina bývá většinou více postižena, často zůstane úplná

plegie. Nález na dolní končetině bývá většinou lepší, po usilovné rehabilitaci je pacient schopen postiženou dolní končetinu používat.

4. Dokončený iktus - proces vývoje ischemických změn je ukončen, klinický obraz se již nemění. Příčiny vzniku jsou stejné jako u předešlých forem. Mezi projevy patří hemiparéza či plegie, fatická porucha různého stupně.

2.2.2 Mozkové cévní příhody hemoragické

Zaujímají asi 20-30% z cévních mozkových příhod. Nejčastější příčinou je hypertenzní nemoc, kdy při náhlém zvýšení tlaku vede k prasknutí mozkových cév. Za druhé dochází často ke krvácení v pokročilém stadiu hypertenzní angiopatie, kdy jsou cévy změněny hyalinózou, nekrózou či mikroaneurysmaty, a pak při náhlém zvýšení tlaku, například při vyšší námaze, rozčilení, sexuálním styku, dojde k prasknutí porušené cévy. Vzácnější jsou mozková krvácení při antikoagulační léčbě, krevních chorobách a mladých hypertoniců. Krvácení může vzniknout kdekoliv v mozku.

Mezi nejčastější oblasti výskytu patří:

1. Krvácení do bazálních ganglií, vnitřního pouzdra a do thalamu - jsou nejčastější. Příčinou je téměř vždy hypertenze. Jsou to těžké stavy, vznikající náhle, nečekaně a vedou často ke smrti. V předchorobí se často objeví bolest hlavy, závratě. Při krvácení dochází k rozvratu vegetativních funkcí, bezvědomí, změnám dechu, tepové frekvence, TK. Nemocný je často pozvracený, pomočený. Neurologický nález je typický. Dojde k druhostranné hemiparéze či hemiplegii, poškození lícního nervu, poruchám řeči. Oči a hlava jsou často stočeny ke straně, kde došlo ke krvácení.
2. Krvácení do některého z mozkových laloků - většinou vzniká u mladších jedinců. Nejčastější příčinou je prasknutí mikroaneurysmatu v bílé hmotě. Projevují se podle toho v kterém laloku vznikly, a mají mnohem lepší prognózu.
3. Krvácení do mozkového kmene - jsou vzácnější. Dochází k poruchám dechu, zpomalení tepové frekvence, změnám TK, zvracení, k poruchám řeči, polykání a poruchám hybnosti. Těžké krvácení v tomto případě končí smrtelně.
4. Krvácení do mozečku - typickým začátkem je náhlá bolest v týle, poruchy rovnováhy. Po akutní fázi dojde k dočasné úpravě stavu s následným prohloubením příznaků.

5. Subarachnoideální krvácení - je to výlev krve mezi mozkové pleny. Nejčastěji vzniká při prasknutí cévní výdutě, zvané aneurysma. Mezi další příčiny vzniku se řadí krevní choroby, revmatická angiopatie, atd. Začátek onemocnění bývá náhlý. Pocit lupnutí v hlavě, pocit horka, závratě, nevolnost, zvracení, poruchy vědomí. Dalším příznakem je často tzv. meningeální syndrom (pacient má pocit ztuhlé šíje a nemůže bez bolesti ohnout hlavu dopředu (NEBUDOVÁ, 1999).

3 Diagnostika CMP

Vyšetření pacienta s příznaky CMP zahrnuje zjištění údajů o celkovém zdravotním stavu, vzniku a okolnostech obtíží (anamnézu), klinické neurologické vyšetření, vyšetření interní a pomocná vyšetření laboratorní a přístrojová.

1. **Anamnéza**, kdy lékař zjišťuje osobní údaje o nemocném, nynějším onemocnění, alergie, prodělaná onemocnění, trvalá medikace, rodinou anamnézu, zaměstnání, celkový stav pacienta.
2. **Objektivní neurologické vyšetření** - zjišťuje se stav vědomí, orientace časem, místem, osobou, poruchy řeči. Neurolog vyšetřuje množství různých reflexů šlachových, okosticových, kožních, slizničních, dále reakci zorniček na osvit, zkouší svalovou sílu, napětí, pohyblivost, svalovou koordinaci, rovnováhu, vnímání dotyku a držení jednotlivých částí těla.
3. **Interní vyšetření** - zahrnuje auskultační vyšetření srdce a plic, měření TK, EKG, kontrola srdečního rytmu, tepové frekvence, tělesné teploty.
4. **Laboratorní vyšetření** - základem je kompletní biochemické vyšetření krve, včetně FW a moči. Významné pro CMP jsou hodnoty cholesterolu, triglycidů, hematokrit, glykémie, urea, kreatinin, clearance kreatininu, hladiny Na, K, Ca atd., dále se provádí hematologické vyšetření - krvácivost a krevní obraz.
5. **Oční vyšetření** - oční pozadí informuje o stavu cév, zda jsou přítomny sklerotické, hypertonické změny nebo krvácení. Aby byla sítnice dobře viditelná kapou se do očí mydriatika, která rozšíří zorničky a zjednoduší tak vyšetřování. Na druhou stranu však přechodně zhorší schopnost oka zaostřit na blízko, do dvou hodin by mělo dojít opět k úpravě vidění.
6. **RTG** - nativní RTG vyšetření lebky, je pro pacienta zcela nenáročné vyšetření, které může odhalit zvápenatění na větších cévách mozku či skryté poranění lebky.
7. **CT - počítačová tomografie** - CT je založeno na tom, že jednotlivé tkáně v mozku mají různou hustotu, a tím i různou průchodnost pro RTG paprsky. Přístroj navíc dokáže provádět v libovolných rovinách vrstevné snímky, takže vznikne obraz mozku jakoby rozřezaný na jednotlivé vrstvy v různé hloubce. Při vyšetření mozku se zobrazuje mozková tkáň, komorový systém, otok, hematomy, nádory. Metoda je

bezbolestná a bez jakéhokoliv rizika. Pouze při použití jodové kontrastní látky ke zvýraznění obrazu, může dojít k alergické reakci. Před vyšetřením s kontrastní látkou musí být pacient lačný a podává se premedikace Solu-Medrol i.v. a Dithiaden tbl.

8. **MRI - nukleární magnetická rezonance** - je to velmi složité vyšetření založené na zobrazení mozku a míchy v pohybujícím se magnetickém poli. Získané údaje jsou zpracovány počítačem. MRI má přednost před CT v rozlišení u zánětů a oblastí mozkového kmene. Před vyšetřením pacient lační, je nutné sundat z pacienta všechny kovové předměty (náušnice, prsteny, řetízky, naslouchadla...) a zjistit zda pacient netrpí klaustrofobií či zda nemá v těle implantována kovová tělesa z feromagnetického materiálu nebo kardiostimulátor (KALITA, 2006).
9. **AG - angiografické vyšetření** - je suverénní metodou pro průkaz kongenitálních cévních změn. Do zavedené cévky (nejčastěji přes krkavici či stehenní tepnu) se vstříkne kontrastní látka a jejich průtok mozkem se zachycuje na RTG snímcích. Ty nám zachytí průběh, průchodnost a rychlost průtoku krve cévou. Před vyšetřením je pacient lačný a dostává premedikaci, pak se výkon provádí v místním umrtvení.
10. **EEG – elektroencefalografie** - při tomto vyšetření jsou snímány elektrické potenciály, které vznikají při činnosti mozku. Používají se elektrody, které jsou pomocí čepice přiloženy na určitých částech hlavy. Rozdíl elektrických potenciálů mezi dvěma elektrodami je zapisován na papír (SEIDL, 2004).
11. **Lumbální punkce** - provádí se většinou tehdy, je-li podezření na krvácení do likvorových cest. Punkce se provádí mezi čtvrtým až pátým bederním obratlem, pacient leží nebo sedí ohnutý (kočičí hřbet). Odběr se provádí punkční jehlou, odebírá se asi 15ml moku. Mozkomíšní mok je za normálních okolností bezbarvý, čirý. Při tomto vyšetření je možné změřit i likvorový tlak k vyloučení nitrolební hypertenze. Po vyšetření musí pacient v klidu ležet 6 hodin na rovné podložce, důležitý je i pitný režim. Při nedodržení klidového režimu může dojít ke vzniku postpunkčního syndromu (bolest hlavy, vertigo, zvracení). Komplikací po vyšetření může být - krvácení do subarachnoidálního prostoru, hematom, infekce (KAPOUNOVÁ, 2007).
12. **Ultrazvuk karotid** - toto vyšetření nevyžaduje žádnou speciální přípravu pacienta. Šetrným způsobem zobrazuje cévní stěnu a podává informace o průtoku krve cévou.

3.1 Objektivní neurologické vyšetření

Neurolog vyšetřuje pacienta celého, ne pouze postiženou část těla. Během vyšetření je pacient svlečen do spodního prádla, vyšetření začíná od hlavy směrem dolů.

Hlava a mozkové nervy

N.I – nerv čichový (n.olfactorius). Při čichové zkoušce musí pacient rozpoznat různé aromatické látky. Každá nosní dírka se dráždí zvlášť. Porucha je anosomie či hyposomie. Nejčastěji vzniká při rýmě nebo zlomeninách spodiny lebeční.

N. II – nerv zrakový (n.opticus). Vyšetřuje se perimetr. Vyšetřovaná osoba si zakryje jedno oko a druhým okem sleduje špičku nosu lékaře. Pacient musí sledovat pohyb vztyčeného prstu napjaté horní končetiny lékaře. Nemocný udává kdy začíná a přestává prst vidět. Porucha visu na jednom oku svědčí pro poruchu ještě před zkřížením nervu v chiasmatu, tubicové vidění (pacient nevidí na obou očích zevně) je typické pro poruchu v oblasti chiasmatu (adenom hypofýzy), porucha visu na obou očích svědčí pro poškození zrakové dráhy v hloubi mozku (nádory, CMP).

N. III, IV, VI – nervy okoohybné (n. oculomotorius, n. trochlearis, n. abducens). Vyšetřuje se pokles víčka, vážnucí pohled vzhůru, dovnitř či zevně, zda je přítomen nystagmus a jaké jsou zornice. Zornice jsou za normálních okolností 2 – 4 mm široké. Jsou-li užší mluvíme o mióze, jsou-li širší jde o mydriázu. Stejně velké zornice jsou izokorické, nestejně velké zornice se nazývají anyzokorické. Důležitá je zkouška fotoreakce (reakce na osvit).

N. V – nerv trojklaný (n. trigeminus). Vyšetřuje se korneální reflex. Smotkem vatičky stočeným do špičky se lékař dotýká rohovky, přitom prsty přidržuje rozevřená víčka. Za normálních okolností dojde k jejich sevření.

N. VII – nerv lící (n. facialis). Paréza n. VII je častá. Je třeba zjistit zda jde o centrální parézu, kdy je postižena pouze dolní větev nervu (pacient má ústa nakřivo, hůře cení zuby, hůře špulí ústa), nebo periferní parézu, při níž je postižena i horní větev (pacient nedovře oko a neudělá vrásky na postižené straně).

N. VIII – nerv vestibulární a sluchový (n. statoacusticus). Vyšetřují se odchylky ve stoji a chůzi a laterální úchylka obou předpažených horních končetin (Hautantova zkouška). Při periferním vestibulárním syndromu jsou úchylky k postižené straně, u centrální poruchy je výsledek zkoušek „rozházený“.

N. IX –XII – postranní smíšený systém a nerv podjazykový (n. glossopharyngeus, n.vagus, n.accessorius, n. hypoglossus). Zkoumá se pohyblivost měkkého patra a dávivý reflex, ústní lopatkou se lékař dotýká zadní stěny orofaryngu. Při postižení nemocný hůře polyká (dysfagie), hůře mluví (dysartrie) (SEIDL, 2008).

Krk

Zjišťuje se konfigurace, celkové držení a pohyblivost ke všem stranám. Dále se vyšetřují meningeální jevy a pulsace karotid.

Horní končetiny

Zjišťuje se zda nejsou nápadné atrofie či hypotonie, dále se věnuje pozornost svalové síle. Je-li přítomna paréza, vyšetření je podrobnější. Jinak stačí vzpažení, předpažení, flexe v lokti a hybnost prstů. Periferní paréza je charakterizovaná sníženým tonem, nižšími reflexy, nepřítomností pyramidových jevů a při delším trvání atrofiemi. Centrální paréza se vyznačuje přesně opačnými příznaky.

Dále je možné na horní končetině vidět třes při předpažení (parkinsonský syndrom).

Dolní končetiny

Zjišťují se atrofie, hypotonie, svalová síla. V kyčelním kloubu se zkouší aktivní i pasivní pohyby, dále se zjišťuje pohyblivost v kolenu a v kotníku. Z reflexů je vyšetřován reflex patelární, reflex Achillovy šlachy. Zde se vyšetřuje aspoň jeden z pyramidových jevů, tzv. příznak Babinského: špičatým předmětem přejíždí lékař po zevní straně plosky od paty nahoru a pak k palci. Typickým pyramidovým iritačním projevem je dorsální extenze palce a vějíř prstů.

Čítí

Orientačně stačí vyšetření taktilního čítí.

Stoj a chůze

Vyšetřuje se stoj s otevřenýma očima se širokou bází, pak s oběma DK u sebe a nakonec i se zavřenýma očima. Chůze je též zkoušena s otevřenýma a zavřenýma očima, pacient zkouší chodit po špičkách i po patách. Nejčastěji může lékař vidět pády nebo úchylky ke straně, kolísání ze strany na stranu a šoupavou či paretickou chůzi.

4 Léčba CMP

Léčba CMP má největší naději na úspěch, je-li zahájena v co nejkratší době od vzniku příhody. CMP musí být pro zdravotníky i laickou veřejnost považována za akutní příhodu, vyžadující vždy neodkladnou lékařskou péči. Pacient s CMP by měl být hospitalizován na jednotkách intenzivní péče, kde jsou rychle dostupná potřebná diagnostická a léčebná opatření.

Jako u všech akutních stavů je třeba stabilizovat základní životní funkce a zajistit jejich monitorizaci. U pacientů s CMP je třeba dbát na dostatečnou hydrataci a výživu, normální glykemii a ostatní parametry vnitřního prostředí, normální tělesnou teplotu a odchod moče. Obvykle se proto zajišťuje žilní linka, močový katetr, nasogastrická sonda a podává se zvlhčený kyslík buď kyslíkovými brýlemi či maskou.

Pacienti s CMP jsou ohroženi zejména zápallem plic, močovou infekcí, žilní trombózou, plicní embolizací, vznikem dekubitů, kontraktur a ankylózou. V prevenci tromboembolické choroby jsou podávány malé dávky heparinu či fraxiparinu dle zvyklostí pracoviště. Důležité je pravidelné polohování a včasná rehabilitace pacientů.

Vlastní léčba CMP závisí na diagnóze. Řídí se příčinou mozkové příhody, klinickým nálezem, CT nálezem, a dobou od vzniku onemocnění. Snahou je zachránit co největší část mozkové tkáně a zabránit rozvoji dalších změn a komplikací (AMBLER, 2002).

4.1 Léčba ischemických CMP

V akutním stadiu ischemické cévní mozkové příhody je doporučena celá řada různých léčebných opatření. U pacientů s progredující ischemickou příhodou se volí antikoagulační léčba. Podává se většinou heparin nebo nízkomolekulární hepariny (např. Fraxiparine). Rizikem této léčby mohou být krvácivé projevy v mozku i celkové. Omezení aktivace krevních destiček (léčba antiagregační) je z toho hlediska méně rizikovou léčbou. Nejčastěji používaným antiagregačním lékem je Anopyrin. V případě trombotického uzávěru tepny se podávají látky rozpouštějící tromby (trombolitika). Trombolitika se musí podat do 3 hodin od vzniku příznaků. V mnoha významných studiích bylo prokázáno, že provedení této tzv. trombolýzy, zvyšuje šanci na rychlejší rekonvalescenci a zmenšuje trvalé následky. Provedení tohoto zákroku má však mnohá přísná kritéria, která mnozí pacienti nesplňují.

V případě edému mozku se podávají osmoticky aktivní látky (nejčastěji Manitol 20% 250ml i.v.). V případě závažné stenózy karotidy na krku, lze stenózu operativně odstranit, nejčastěji se však výkon provádí po stabilizaci stavu pacienta.

V tradiční léčbě CMP se používají léčiva ke zlepšení prokrvení mozku. Používají se léky rozšiřující cévy (vazodilatancia) a zlepšující průtokové vlastnosti krve (reologika).

V chronickém stadiu je v popředí zamezení recidivě onemocnění.. Proto se podávají antiagregační léčiva (KALINA, 2008).

4.2 Léčba hemoragických CMP

U hemoragických příhod se většinou volí operační neurochirurgický zákrok. Účelem je odstranění nebo zmenšení hematomu. Odstranění může být provedeno pomocí klasického otevření lebky (kraniotomie) nebo šetrnější stereotaktickou metodou, kdy se operuje přes malé návrty v lebce. V případě konzervativní léčby je léčba mimo antikoagulační terapii obdobná jako u ischemických iktů.

4.3 Chirurgická léčba

Jen málo pacientů s CMP se hodí k operativnímu řešení. Chirurgická léčba se využívá při:

1. Intraparenchymovém krvácení v mozečku, lobárním krvácení - zde o výkonu rozhoduje CT nález a stav pacienta.
2. Uzávěrech karotid - provádí se endarterektomie s vytvořením rekanalizovaného řečiště. Operovat se mohou pacienti se stenózou, po opakovaných TIA či drobných ischemických infarktech.
3. Intermeningeálním krvácení -v tomto případě je nutná operace do tří dnů od vzniku krvácení. Při operaci se odstraní aneurysma, popř. se podváže nebo se aneurysma obalí materiálem, který zabrání dalšímu krvácení (KALINA, 2008).

4.4 Rehabilitace

Je významnou složkou v léčbě CMP. Může probíhat buď ve zdravotnických zařízeních či v domácím prostředí. Úkolem rehabilitace je pomoci organismu, aby co nejučelněji využil kompenzační mechanismy. Rehabilitační péči zajišťuje rehabilitační pracovník ve spolupráci s dalšími zdravotními pracovníky. K zajištění rehabilitace je nutné zvolit i vhodné kompenzační pomůcky (chodítka, schůdky, francouzské berle, ...). S rehabilitací po CMP se musí začít co nejdříve. Již v akutním stavu pacienta polohujeme a provádíme pasivní pohyby končetin. Což má za následek zajistit prevenci vzniku svalových kontraktur a sekundárních deformit. Před zahájením pasivního cvičení je vhodná masáž postižené části těla. Cviky je vhodné opakovat 3-5x za sebou, podle stavu pacienta.

Jakmile je pacient schopen provést jen minimální samostatný pohyb v postižené končetině, začíná se s nácvikem aktivních pohybů. Cvičit se má pomalu, nejdříve na velkých kloubech, postupně i jemné pohyby na malých kloubech. Je výhodné provádět-li pacient cviky současně na zdravé i postižené straně. Cviky se opakují 3-5x za sebou, několikrát denně. Před nácvikem stoje a chůze musí pacient zvládat pohybovat se na lůžku, nadvzdávat se, přetáčet se a samozřejmě se posazovat. Pak je možné začít s nácvikem stoje s oporou, pacient se musí naučit držet rovnováhu. Po zvládnutí přešlapování na místě je na čase začít s nácvikem chůze a činností každodenního života (ŠECLOVÁ, 2004).

4.5 Fyzikální léčba

Fyzikální léčba je léčebný účinek dosažený fyzikálními prostředky. Je to léčba teplem, světlem, vodou, ionizujícím zářením, rentgenem, atd. V léčbě CMP má význam jen doplňkový. Fyzikální léčba ovlivňuje krevní oběh, zlepšují prokrvení i oběh lymfy. Hlavní použití této léčby je tam kde jsou kontraktury, svalová ztuhlost a bolest. Vodoléčba se využívá jen v menší míře, provádí se jehličnaté i uhličité koupele. Musí se však brát zřetelem krevní oběh pacienta. Tepelné procedury se užívají hlavně k uvolnění svalstva před cvičením. Používají se parafinové zábaly, horké obklady a elektrické dečky.

4.6 Lázeňská léčba

Při této léčbě se využívá vlivu léčivých pramenů, klimatu i ionizovaného vzduchu kombinovaného s rehabilitací, životosprávou, popřípadě i s některými fyzikálními procedurami. Je to vlastně nespecifická popudová léčba, působící na celý organismus. Pro lázeňskou léčbu jsou doporučováni pacienti, kteří mají motorický deficit (ochrnutí), a nemají psychické poruchy, které by mohly znemožňovat rehabilitaci. Lázeňská léčba po CMP trvá většinou tři týdny a poskytují ji Janské lázně, Dubí, Karviná a Velké Losiny.

4.7 Logopedická péče

Je to terapie jejíž cílem je dosažení optimální úrovně komunikace pacienta. Logopedická péče je individuální záležitost, ke každému pacientovi se přistupuje podle typu a závažnosti postižení. První kontakt naváže klient s logopedem již v nemocnici. Další návštěvy u logopeda záleží na celkovém stavu pacienta. Pokud je pacient mobilní navštěvuje logopedickou ambulanci v okolí svého bydliště. Imobilní pacient má nárok na logopedickou péči u lůžka. Prognóza je ovlivněna rozsahem postižení a přístupem pacienta (ŠECLOVÁ, 2004).

4.8 Životospráva

Důležité je snížit energetický příjem u nadváhy a obezity. Normální člověk potřebuje 2000kcal denně (člověk s nadváhou 1700kcal). Pacient by měl omezit přísun tuků, namísto živočišných tuků používat tuky rostlinné, omezit přísun masa, cukrů, vajec a nepřesolovat. Namísto masa červeného se do jídelníčku řadí maso bílé a rybí. Důležité je zvýšit příjem uhlovodanů (celozrnné produkty, vločky, obiloviny, luštěniny). Z mléčných výrobků je lépe používat ty nízkotučné. Vhodné je zvýšit přísun vlákniny, zeleniny a ovoce. Co se týče pití preferují se minerální vody a ovocné čaje.

Důraz je kladen i na pravidelnou pohybovou aktivitu, která by měla být přiměřená věku a tělesné kondici. Vhodná je chůze, jízda na kole či plavání. Pacienti by se také měli vyvarovat psychické zátěži, důležitý je pravidelný spánek a psychický odpočinek (KALINA, 2001).

5 Sekundární prevence

K dlouhodobé péči o nemocné po CMP patří i prevence. V tomto případě jde o sekundární prevenci (po proběhlé příhodě). Odstraněním rizikových faktorů se snižuje i pravděpodobnost dalších infarktů. Pacient by měl bezpodmínečně přestat kouřit tabákové výrobky, užívat zakázané látky, alkohol a některá riziková léčiva. Důslednou léčbou a úpravou životosprávy lze ovlivnit diabetes, obezitu, zvýšenou sérovou hladinu cholesterolu či onemocnění srdce. Není na závadu zvýšit tělesnou aktivitu s mírnou až střední zátěží a pravidelně zařazovat do jídelníčku syrové ovoce a zeleninu a občas i dávku alkoholu. Pravidelným užíváním kyseliny salicylové (ASA) v dávce 50 – 325 mg se dle některých studií zabrání vzniku asi jednoho ze čtyř dalších mozkových infarktů po proběhlém CMP (AMBLER, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Ošetrovatelský proces

6.1 Základní identifikační údaje pacienta

Jméno a příjmení : P.L.	Pohlaví : muž
Datum narození : 1952	Věk : 58
Bydliště : vesnice (okres Přerov)	
Adresa příbuzných : manželka – bydliště stejné	
RČ : 520207/***	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : SOU Soustružník kovů	Zaměstnání : obsluha NC strojů v soukromé firmě
Stav : ženatý	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 1.1.2011, 14:30 hod	Typ přijetí : akutní
Oddělení : NEU JIP	Ošetřující lékař : MUDr. Koudelková

Důvod přijetí udávaný pacientem :

„Od rána jsem se necítil dobře, byl jsem unavený, odpoledne jsem si šel opět lehnout, po probuzení jsem neovládal levou ruku a nohu.“

Hlavní medicínská diagnóza :

Akutní ischemická CMP vlevo, těžká spastická centrální levostranná hemiparéza.

Vedlejší medicínské diagnózy :

CHOPN u chronického kuřáka

Stav po atypické bronchopneumonii bilaterálně 04/09

Astma bronchiale

Vitální funkce při přijetí 1.1.2011

TK : 150/75	Výška : 172 cm
P : 103/min sinusová tachykardie	Hmotnost : 65kg
D : 22/min	BMI : 22
TT : 37,1 °C	Pohyblivost : levostranná hemiparéza
Stav vědomí : při vědomí, bradypsychický	Krevní skupina : B Rh pozitivní

Nynější onemocnění :

Pacient přivezen RZP na INT AMB, od rána se necítil dobře, byl unavený, šel si lehnout, po probuzení došlo k poruše hybnosti levostraných končetin. Vyšetřen na ambulanci. Pacient při vědomí, bradypsychický, komunikuje, bolest hlavy nejuje, bolesti na hrudi nemá. Objektivně centrální léze n. VII. vlevo, těžká spastická levostranná hemiparéza, spasticita PDK.

Informační zdroje :

Chorobopis, pacient

6.2 Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka : zemřela v 70 letech, neví na jaké onemocnění

Otec : zemřel tragicky v 79 letech

Sourozenci : 1 sestra a 2 bratři – neléčí se na žádné onemocnění

Děti : syn - neléčí se na žádné onemocnění, dcera - zdráva

Osobní anamnéza

Překonané a chronické onemocnění : CHOPN, stav po atypické bronchopneumonii

Hospitalizace a operace : 2009 interní oddělení

Úrazy : neudává

Transfúze : neměl

Očkování : Povinné očkování absolvoval

Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Afonilium SR	tbl.	250mg	1-0-1	Antiaastmatikum
Atrovent	spray		dlp.	Parasympatolytikum
Analergin	tbl.	10mg	dlp.	Antialergikum

Alergologická anamnéza

Léky: neudává

Potraviny : neudává

Chemické látky : neudává

Jiné : neudává

Abúzy

Alkohol: 1-2 piva denně

Kouření: 10 cigaret denně

Káva: 3x týdně

Jiné drogy: do kontaktu s drogami nepřišel

Sociální anamnéza

Stav : ženatý

Bytové podmínky : bydlí v rodinném domě s manželkou

Vztahy, role, a interakce v rodině : žije ve spořádané rodině, děti již žijí samostatně, ale navštěvují se

Vztahy mimo rodinu : sousedé jsou již starší, vychází s nimi dobře, v zaměstnání udržuje běžné přátelské vztahy

Záliby: kutilství

Pracovní anamnéza

Vzdělání : středoškolské

Pracovní zařazení : dělník

Délka působení v zaměstnání : 40 let

Vztahy na pracovišti : přátelské

Ekonomické podmínky : manželka pracuje v kanceláři, jejich společný příjem stačí na pokrytí všech výloh, jsou schopni z platu i ušetřit

Spirituální anamnéza

Vyznává římskokatolickou církev, do kostela chodí jen v období svátků.

6.3 Posouzení současného zdravotního stavu ze dne 1.1.2011

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	„Bolesti hlavy nemám. Nosím brýle na čtení. Se sluchem potíže nemám. Zuby mě nebolí, pravidelně chodím k zubnímu lékaři.“	Hlava: normocefalický tvar, na poklep nebolestivá Tvář: bez otoku, symetrická Oči a zrak: bez výtoku, zornice hnědé, isokorické, fotoreakce na obou stranách stejná Uši a nos: bez patologie Ústní dutina: sliznice růžová, léze n. VII, inervace ústního koutku vlevo zaostává, z úst vytékají sliny, chrup umělý, čistý Krk: hybnost zachována
Hrudník a dýchací systém	„V klidu se mi dýchá dobře, při zátěži se zádýchávám.“	Hrudník: souměrný, bez deformit. Dýchání: spontánní s inhalací O ₂ , ojediněle bronchitické fenomény, frekvence 19/min, pravidelné, SpO ₂ bez inhalace kyslíku pod 88%
Srdečně-cévní systém	„Nemám problémy.“	TK: 140/75mmHg P: 95/min pravidelný, dobře hmatatelný Srdce: srdeční akce pravidelná, ozvy bez šelestu Periferní perfúze: barva kůže na horních i dolních končetinách růžová, periferie teplé DK bez otoků a varixů
Břicho a GIT	„Nebolí.“	Břicho: na pohmat nebolestivé, měkké, bez meteorismu, peristaltika auskultačně přítomná
Močovo-pohlavní systém	„Zatím nemám problémy.“	Ledviny: na poklep nebolestivé Moč: čirá, žlutá s charakteristickým zápachem
Kosterně-svalový systém	„Neovládám levou ruku ani nohu.“	Postoj: změněný-hemiparéza Rozsah pohyblivosti: omezený, pasivní hybnost levé horní končetiny a levé dolní končetiny, těžká paréza, snížená svalová síla, spasticita pravé horní končetiny Klouby: nebolestivé DK, HK: bez otoků
Endokrinní Systém	„Nemám potíže.“	Bez patologických projevů
Imunitní systém	„V zimě trpím obvykle rýmou.“	Alergii, ekzém nepozoruji, vodnatá sekrece z nosu
Kůže a její adnexa	„Kůže mě nesvědí. Vlasy mi nepadají, lupy mě trápí dlouhodobě.“	Kůže: mírně suchá, hladká, na levém zápěstí sedřená kůže Turgor kůže: zachovaný Vlasy: hnědé, husté, viditelné lupy Nehty: Ostříhané, nehtové lůžko růžové

Poznámky z tělesné prohlídky :

Pacient při vědomí, bradypsychický, spontánně ventilující, TK normotenzní, na skopu sinusový rytmus. Kůže suchá prokrvená, na levém zápěstí narušená celistvost kůže. Pohyblivost pacienta omezena z důvodu levostranné hemiparézy. V řeči přítomna lehká dysartrie.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Stravuji se střídavě, přes týden chodím na obědy v práci, o víkendu vaří manželka doma. Jím téměř vše kromě těstovin, špenátu a rajčat.“	
	V nemocnici	„Strava mi tu zatím chutná, mám problém udržet lžiči, trochu se mi třese pravá ruka.“	BMI: 22 Dieta: 3 mletá (racionální) Omezená schopnost při jídle: vyžaduje si přípravu jídla i krmení.
Příjem tekutin	Doma	„Denně vypiji asi 2 litry tekutin. Upřednostňuji minerální vody a čaj.“	
	V nemocnici	„Napít se sám nezvládnou.“	Pacient si nepodá sklenku, nutná fyzická pomoc. Při pití se zakašlává jen mírně.
Vylučování moče	Doma	„Doma jsem neměl žádné problémy. Močil jsem 5-6krát denně.“	
	V nemocnici	„Mám zavedenou cévku na močení, nejraději bych ji neměl.“	Moč: žlutá Permanentní močový katetr: funkční Množství moči: 1850ml za 24 hodin
Vylučování stolice	Doma	„Doma chodím pravidelně obden.“	
	V nemocnici	„V cizím prostředí mám problémy se stolicí, už jsem nebyl 3 dny.“	Stolice: naposledy byla 30.12.2010, peristaltika je přítomná

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bdění	Doma	„V noci spím dobře, usínám kolem 22 hodiny. Přes týden chodím do práce. O víkendech se věnuji práci kolem rodinného domu.“	
	V nemocnici	„Přes den pospávám, večer mám problém s usínáním.“	Kruhy pod očima nemá, ráno po probuzení je unavený, stav se zlepšil až v průběhu dne.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma se věnuji kutilství, 2x týdně si zajdu do hospody na pivo.“	
	V nemocnici	„Poslouchám rádio. Pospávám.“	Pohyb pacienta možný jen v rámci lůžka. Pacient je pasivní, přes den pospává.
Hygiena	Doma	„Koupu se večer vpřed spaním, vlasy si umývám 2x týdně.“	
	V nemocnici	„S hygienou mi pomáhá personál, sám bych to nezvládl.“	Hygiena provedena u lůžka s pomocí ošetřujícího personálu.
Samostatnost	Doma	„Jsem soběstačný.“	
	V nemocnici	„Jsem odkázán na pomoc druhých, jsem z toho zoufalý.“	Barthelův test: 50 bodů

Posouzení psychického stavu			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	„Vnímám vše co se kolem mě děje.“	Při plném vědomí.	
Orientace	„Vím kde jsem, kdo jsem. Rok je 2011.“	Orientován všemi směry.	
Nálada	„Mám dobrou náladu.“	Působí klidným dojmem.	
Paměť	Dlouhodobá	„Nemám problémy.“	Dlouhodobá paměť neporušená, vybavuje si informace bez problémů.
	Krátkodobá	„Slouží mi dobře.“	Krátkodobá paměť neporušená.
Myšlení	„Snažím se myslet optimisticky.“	Schopen abstraktního myšlení.	
Temperament	Neodpověděl.	Melancholik.	
Sebehodnocení	„Jsem neschopný, ale doufám, že se to zlepší.“	Známky strachu, úzkosti.	
Reakce na onemocnění	„Nedá se nic dělat, už se těším až budu zdravý.“	Přiměřená, občas projevy strachu z porušené pohyblivosti.	
Reakce na hospitalizaci	„Nemocnice mi nevadí.“	Porucha spánku, porucha vyprazdňování stolice.	
Adaptace na onemocnění	„Snažím se.“	Spolupracuje se zdravotními pracovníky, podílí se na rehabilitaci ale musí se motivovat.	
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	„Nevím, kdy přesně půjdu domů.“	Obava z délky hospitalizace.	
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Mám dobré zkušenosti.“	Pacient má dobré zkušenosti, při výzvě se snaží spolupracovat, se zdravotnickým personálem komunikuje.	

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Mluví se mi trochu hůře.“	Řeč: pomalá, tichá, občas méně srozumitelná
	Neverbální	Neodpověděl	Neverbální projevy: gestikulace, mimika, občas uhýbá pohledem
Informovanost	O onemocnění	„Mám CMP.“	Pacient je informovaný o onemocnění.
	O diagnost. metodách	„Dělal se mi rentgen a CT vyšetření.“	Pacient má informace o diagnostických metodách a výsledcích.
	O léčbě a dietě	„Léčba chvíli potrvá, ale lékař říkal, že se uzdravím.“	Pacient je informovaný o způsobu léčby a nutnosti rehabilitace.
	O délce hospitalizace	„Přesnou dobu hospitalizace nevím, asi 2 týdny.“	Pacient je informován o přibližné délce hospitalizace.
Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace		„Snažím se být živitelem rodiny, teď jsem bohužel tady, manželce ale věří, vše zvládne.“	Primární: 58-letý muž Sekundární: manžel, otec Terciální: zaměstnanec soukromé firmy, momentálně na PN

6.4 Ordinace lékaře a výsledky vyšetření

Ordinovaná vyšetření :

CT mozku 1.1.2011

RTG srdce, plíce 2.1.2011

Echokardiografie 3.1.2011

Biochemické vyšetření krve 2.1.2011

Krevní obraz 2.1.2011

Moč chemicky + sediment 2.1.2011

Výsledky:

CT mozku - skeny 4 a 8 mm, diferenciace bílé a šedé hmoty mozkové je zachována. Bazální cisterny jsou zachovány, subarachnoideální prostory jsou rozšířeny frontálně. Fyziologická kalcifikace v oblasti epifýzy. Na CT nejsou známky čerstvé ischemie ani hemoragie.

RTG srdce, plíce - bránice hladké, zevní úhly volné, srdeční stín nerozšířen, plicní cévní kresba pravidelné distribuce. Vpravo parahilozně i suprahilozně hrubé intersticiální změny.

Krevní obraz - Leukocyty $7,3 \cdot 10^9/l$

Erytrocyty $3,76 \cdot 10^{12}/l$

Hemoglobin 119 g/l

Hematokrit 0,351 l

Trombocyty $237 \cdot 10^9/l$

Biochemické parametry - Na 133 mmol/l, K 3,24 mmol/l, urea 2,3 mmol/l, kreatinin 45 mmol/l, bilirubin 14,3 umol/l, cholesterol 3,91 mmol/l, triglyceridy 0,65 mmol/l, CRP 159,3 mg/l, ALT 0,17 ukat/l, AST 0,30 ukat/l, GMT 0,33 ukat/l

Moč-ph 5,5, celková bílkovina 1 arb.j., glukóza 0 arb.j., aceton 2 arb.j., urobilinogen 0 arb.j., bilirubin 0 arb.j., krev 3 arb.j., leukocyty 2arb.j., specifická hustota 1022 kg/m³

Režimová opatření :

Dieta : 3 mletá

Výživa : per os

Pohybový režim : volný pohyb na lůžku

RHB: individuální RHB, vertikalizace, nácvik denních činností

Medikamentózní léčba 1.1.2011:

- **Per os :**

Anopyrin 100mg tbl. 0-1-0 (Antiagregans)

Simgal 10mg tbl. 0-0-1 (Hypolipidemikum)

Atrovent spray 1-0-1 dlp. (Parasympatolytikum)

Afonilium SR 250mg tbl. 1-0-1 (Antiastrmatikum)

Baclofen 10mg tbl. 1-0-1 (Centrální myorelaxans)

Kalium Chloratum 0,5mg tbl. 0-0-1 (Homeopatikum)

Diazepam 5mg tbl. 0-0-0-1 dlp. (Anxiolytikum)

Lactuóza sirup 1 lžíce dlp. (Laxativum)

- **Intravenózní:**

Ranital 50mg 1 ampulka 08:00 - 20:00 (Antagonista H₂ receptorů)

Degan 10mg 1 ampulka 08:00 (Antiemetikum)

Oxantil 2 ampulky 12:00 (Vazodilatans)

infúze - Fyziologický roztok 500ml+Geratam 3g 2amp.+MgSO₄ 20% 1amp 08:00-13:00
(Nootropikum, myorelaxans)

- **Subcutánní:**

Fraxiparine 0,4 ml 08:00 (Antikoagulans)

6.5 Situační analýza 1.1.2011

58-letý muž P.L. je hospitalizován 1.den na neurologické JIP. Do nemocnice byl přivezen RZP pro náhlé zhoršení stavu spojené s poruchou hybnosti levostranných končetin. Problém vznikl dnes, od probuzení z odpoledního spánku má třes pravé horní končetiny a levostrannou hemiparézu. Pacient je ležící, porucha hybnosti mu zneprůjemňuje život, činí ho závislým na pomoci druhých. Pacient je spíše pasivní. Pokud je však vyzván spolupracuje a snaží se. V nemocnici má pacient problém s usínáním, prospí většinu dne a v noci pak nemůže usnout, noc mu připadá nekonečná. V rámci základní diagnózy má pacient i mírnou poruchu řeči, mluvenému slovu rozumí, na otázku odpoví, jen občas mu jde hůře rozumět. Zavedený permanentní močový katétr je funkční, na stolici byl naposledy doma, změna prostředí v souvislosti s vyprazdňováním mu činí problémy. Pacient na lůžku vyhledává spíše zvýšenou polohu, při větší námaze se zadýchává. Již doma měl mírnou sekreci z nosu, která přetrvává i zde.

Klient je pasivní, se zdravotnickým personálem spolupracuje, v základních činnostech potřebuje dopomoc ošetrovatelského personálu.

6.5.1 Ošetrovatelské diagnózy ze dne 1.1.2011

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

1. Porucha soběstačnosti v oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.
2. Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.
3. Strach v souvislosti s porušenou pohyblivostí projevující se verbalizací.
4. Porucha dýchání z důvodu základní diagnózy projevující se hyposaturací.
5. Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se únavou klienta.
6. Narušená verbální komunikace v souvislosti s dysartrií po cévní mozkové příhodě projevující se poruchou vyjadřování.
7. Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedeného PMK.
8. Narušené sebepojetí z důvodu dočasné ztráty tělesné funkce a neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí a denního režimu.
2. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.
3. Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.
4. Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu slabosti levostranných končetin.

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha soběstačnosti v oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.</p>
<p>Cíl : Pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti v oblasti stravování, vyprazdňování i hygieny Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient dokáže požádat o pomoc, pokud ji potřebuje / do 2 dnů Pacient se aktivně podílí na nácviku sebeděče / do 3 dnů Pacient ovládá správnou techniku provádění hygienické péče / do 5 dnů</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • posud' míru soběstačnosti pacienta při výkonu aktivit denního života podle Barthelova testu (sestra) • zapoj pacienta do aktivní účasti na řešení jeho problémů (sestra) • využij pomůcky a uprav prostředí pro pacienta (hrazdička, postranice, polohovací lůžko,...) (sestra) • podporuj pacienta v jeho snaze o zlepšení soběstačnosti (sestra) • informuj pacienta o nutnosti střídání aktivity a odpočinku (sestra) • slovně pacienta motivuj (sestra) • zajisti bezpečnost pacienta při nácviku soběstačnosti (sestra) • pomáhej pacientovi při plnění denních aktivit dle potřeby (sestra) • zajisti rehabilitaci pacienta (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 16:10 posouzení stupně závislosti (Barthelův test- 50 bodů), závislost středního stupně, pacient dostal nad postel hrazdičku (s. V.G.) 16:20 pasivní cvičení (rehabilitační sestra R.H.) 16:45 provedení večerní úpravy, pacient umýván na lůžku sestrou, utírá se sám, s pomocí si oblekl nemocniční oděv, vyjadřuje spokojenost, ale cítí se velmi unaven (s. V.G.) 17:00 večeří, sedí na lůžku, má prisunutý jídelní stůl, strava připravena, pacient nakrmen, snědl půl porce, tekutiny ve sklenice nabízeny, večerní léky podány, pacient je užil (s. V.G.) 18:00 pacient se cítí unaven, upravena poloha na lůžku za pomoci ošetřovatelky, pacient prospává (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:00 Pacient částečně soběstačný. Cíl nebyl splněn, intervence je nutné i nadále plnit. Další hodnocení za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.</p>
<p>Cíl : Zlepší se pohyblivost a stabilita nemocného.</p> <p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Chodí bez pomoci druhé osoby / do 3 týdnů Pacient je schopný vykonávat aktivity denního života samostatně / do 1 měsíce Pacient má zlepšenu pohyblivost levé horní i dolní končetiny / do 3 týdnů</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Určí rozsah mobility (sestra) • Zajisti vhodnou polohu postižených končetin (sestra, rehabilitační sestra) • Nauč pacienta používat pomůcky k usnadnění pohyblivosti (sestra) • Zabezpeč vhodné pomůcky k prevenci imobilizačního syndromu (sestra) • Pouč pacienta o významu pasivního cvičení (rehabilitační sestra) • Nabádej pacienta, aby cvičil několikrát denně (sestra, rehabilitační sestra) • Denně monitoruj rozsah pohyblivosti (sestra) • Zajisti bezpečnost pacienta (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 16:00 jsou zvednuty obě postranice se souhlasem pacienta (ošetřovatelka K.P.) 16:05 zhodnocen rozsah pohyblivosti pacienta (s. V.G.) 16:10 ve spolupráci s pacientem upravena poloha postižených končetin, k podkládání použity antidekubitární polštáře, pacientovi vysvětlen důvod polohování a fyziologického uložení končetin (s. V.G.) 16:15 vypracován program rehabilitace, pacient poučen o významu cvičení a nabádán k procvičování končetin několikrát denně (rehabilitační sestra R.H., s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:00 Přetrvává levostranná hemiparéza. Cíl nebyl splněn. Další přehodnocení za 48 hodin (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Strach v souvislosti s porušenou pohyblivostí projevující se verbalizací.</p>
<p>Cíl : Strach bude odstraněn, u pacienta dojde k obnovení emocionální pohody.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient zná zdroj svého strachu a otevřeně o něm hovoří / do 12 hodin Klient objektivně hodnotí danou situaci / do 24 hodin Pacient oznamuje zvýšení psychické pohody / do 24 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 17:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • poskytni pacientovi čas k vyjádření obav a pocitů (sestra) • slovně povzbud' pacienta při každém kontaktu (sestra) • zajisti klientovi kontakt s rodinou (sestra) • projev klientovi porozumění a empatii (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 17:10 rozhovor o příčině strachu, získání důvěry klienta, klient má strach z nemoci, otevřeně hovoří o svých problémech (s. V.G.) 18:30 zabezpečen kontakt s rodinou, na návštěvu přišla manželka, návštěva odpoutala pozornost klienta od negativních myšlenek, klient je veselejší (s. P.F.) 20:00 zkontrolován psychický stav pacienta, verbalizuje zmírnění strachu, tón hlasu je klidný (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:30 Pacient verbalizuje zmírnění strachu, má radost z kontaktu s rodinou. Cíl je splněn, nadále je však nutné udržovat psychickou pohodu klienta, přistupovat k němu empaticky a slovně jej povzbuzovat.(s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha dýchání z důvodu základní diagnózy projevující se hyposaturací.</p>
<p>Cíl : Spirometrické hodnoty jsou v mezích normy. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chápe důvod inhalace O₂ / ihned U pacienta nedojde k poklesu saturace pod 85% / do 2 dnů Pacient zaujímá zvýšenou polohu / do 20 minut</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 14:30</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj dechové parametry a prováděj záznam do dokumentace (sestra) • podávej O₂ brýlemi dle ordinace lékaře (sestra) • při poklesu saturace informuj lékaře (sestra) • pouč pacienta o vhodné poloze a významu inhalace O₂ (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 14:35 pacient napojen na monitor, zaznamenány fyziologické funkce (s. H.Č.) 14:40 podán kyslík kyslíkovými brýlemi dle ordinace lékaře 4l/min (s. H.Č.) 14:42 upravena poloha pacienta (Fowlerova poloha) (s. H.Č.) 14:45 pacient poučen o vhodné poloze a významu kyslíkové terapie (s. H.Č.) 15:00 zhodnoceny dechové parametry DF 17/min, SpO₂ 97% (s. H.Č.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 18:00 Cíl byl splněn, DF i SpO₂ jsou v mezích normy. Pacient si inhaluje O₂ kyslíkovými brýlemi, zaujímá zvýšenou polohu. Nadále je však nutné sledovat dechové parametry. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se únavou klienta.</p>
<p>Cíl : Pacient konstatuje zlepšení svého spánku, necítí se unaven.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient usne po uložení ke spánku / do 1 hodiny Pacient dokáže popsat faktory zabraňující spánku / do 12 hodin Po probuzení se cítí odpočatě / do 2 dnů</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 20:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjistí klientovi problémy (sestra) • omez rušivé nemocniční podněty (sestra) • zabezpeč klientovi pohodu – vhodné oblečení, ticho, přiměřenou teplotu (ošetřovatelka) • zajistí aktivitu pacienta během dne (sestra) • pokud je to třeba aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 19:00 rozhovor s pacientem o jeho problémech, spánkových rituálech, příčinou insomnie je změna prostředí (s. P.F.) 20:30 provedena hygiena dutiny ústní, pokoj vyvětrán, lůžko pacienta upraveno, na vyžádání pacienta zapnuta TV (s. P.F.) 21:30 kontrola pacienta – leží na posteli, dívá se na televizi (s. P.F.) 22:30 kontrola pacienta – pacient pospává, při vypnutí televize procítá, léky na spaní odmítá (s. P.F.) 24:00 kontrola nočního klidu – pacient klidně leží, při příchodu sestry se vždy probudí (s. P.F.) 05:50 měřena TT, zhodnocen spánek – klient udává, že v noci jen pospával, cítí se unaven (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 2.1.2011 / 06:00 Pacient nevyspaný, po probuzení se cítí unaven. Cíl nesplněn. V naplánovaných sesterských intervencích je třeba pokračovat. Termín dalšího hodnocení za 48 hodin.(s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Narušená verbální komunikace v souvislosti s dysartrií po cévní mozkové příhodě projevující se poruchou vyjadřování.</p>
<p>Cíl : Pacient má obnovenu schopnost verbální komunikace.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient nemá těžkosti při slovním vyjadřování / do 7 dnů Pacient nepocítuje stres při verbální komunikaci / do 3 dnů Pacient pocítuje psychickou pohodu / do 3 dnů</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 16:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' schopnost pacienta hovořit, rozumět (sestra) • při konverzaci s pacientem používej jednoduché věty (sestra) • hovoř pomalu, srozumitelně (sestra) • dbej na správnou artikulaci (sestra) • zabezpeč logopedickou péči (staniční sestra) • povzbuzuj pacienta při komunikaci (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 16:05 zhodnocena řeč pacienta – pacient mluvenému slovu rozumí, má jen mírnou dysartrií mluvit se nebojí, mluví potichu, větu na požádání zopakuje (s. H.Č.) 16:08 informován logoped a domluvena jeho návštěva na 2.1.2011 (s. H.Č.) 18:30 na návštěvu přichází manželka – pacient s ní mluví bez zábran, manželka mu rozumí (s. H.Č.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:00 Řeč je pomalejší, srozumitelná. Cíl se plní, ve stanovených intervencích je třeba i nadále pokračovat pro prohloubení správné komunikace klienta. Další hodnocení bude provedeno za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedení PMK.</p>
<p>Cíl : Pacient má obnoveno fyziologické vyprazdňování močového měchýře. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chápe důvod zavedení PMK / do 1 hodiny Pacient vymočí odpovídající množství ve 4 hodinových intervalech Pacient močí spontánně do močové lahve / do 2 týdnů</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 14:50</p> <ul style="list-style-type: none"> • vysvětlí pacientovi důvod zavedení PMK (sestra) • sleduj funkčnost PMK, bilanci tekutin (sestra) • vysvětlí pacientovi důvod příjmu tekutin (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 14:55 zaveden PMK, pacientovi vysvětlen důvod zavedení (nutnost sledování přesné bilance tekutin, porucha soběstačnosti) (s. P.F.) 16:00 vypuštěn PMK – 150 ml žluté moče (s. P. F.) 16:20 cvičení s rehabilitační sestrou pro podporu pohyblivosti pacienta (s. P.F.) 18:00 pacient edukován o pitném režimu, posouzení příjmu a výdeje u pacienta (příjem 400 ml, výdej 350 ml) (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 18:30 Pacient chápe důvod zavedení PMK, PMK mu bude ponechán po nezbytně dlouhou dobu, nácvik soběstačnosti probíhá při všech úkonech během dne. Cíl nebyl splněn, pacient není schopen močit samostatně do močové lahve, ve stanovených intervencích bude pokračováno. Termín dalšího hodnocení za 48 hodin (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Narušené sebepojetí z důvodu dočasné ztráty tělesné funkce a neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací.</p>
<p>Cíl : Pacient mění postupně názory a postoje k sobě samému.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient akceptuje změny, které nastaly / do 12 hodin Pacient akceptuje nabídky na pomoc / do 2 hodin Pacient navazuje sociální kontakty / do 12 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 17:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjistí postoj nemocného k sobě samému (sestra) • vysvětlí pacientovi projevy nemoci a účinek rehabilitace (lékař) • zjistí zda pacient daným informacím rozuměl a pochopil je (lékař, sestra) • nabídne pacientovi svou pomoc při denních činnostech (sestra) • zajistí vlídný přístup při kontaktu s pacientem (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 17:10 rozhovor s pacientem o jeho pocitech, pacient se cítí méněcenný, nerad si přiznává svou závislost na pomoci druhých (s. H.Č.) 17:15 pacient poučen o možnosti využít signalizačního zařízení pokud bude něco potřebovat (s. H.Č.) 18:30 zabezpečen kontakt s rodinou, manželka přišla na návštěvu (s. H.Č.) 18:45 rozhovor lékaře s pacientem o nemoci, léčbě (MuDr. J.K.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:00 Cíl nebyl splněn, pacient chápe důvod poručené hybnosti, dle potřeby je schopen požádat o pomoc, stále se však cítí méněcenně. Další hodnocení proběhne za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku zácpy z důvodu změny prostředí a denního režimu.</p>
<p>Cíl : Pacient se vyprazdňuje pravidelně, konzistence a frekvence stolice je v mezích normy. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient nemá pocit bolesti břicha ani nadměrné námahy / během defekace Pacient vypije denně 1,5-2 litry tekutin, přijímá stravu bohatou na vlákninu / do 48 hodin Pacient vylučuje měkkou hnědou stolicí / do 24 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 15:45</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj a zaznamenávej frekvenci vylučování stolice, její konzistenci, barvu, zápach (sestra) • podporuj obnovu peristaltiky (masáž břicha) (sestra) • zajisti soukromí při vyprazdňování stolice (sestra) • zajisti důkladnou hygienu po vyprázdnění (ošetřovatelka) • podporuj defekaci dostatečným příjmem tekutin a vlákniny (sestra) • při nemožnosti vyprázdnění informuj lékaře a plň ordinace (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 15:47 rozhovor s pacientem o jeho potížích s vyprazdňováním, o stravovacích návycích a příjmu tekutin (doporučená strava obohacená vlákninou – ovoce, zelenina, celozrnné pečivo, ovesné vločky), na stolici dnes nebyl, naposledy byl 30.12.2010, nemá bolesti břicha, větry mu odcházejí, doporučeno přijímat vlažnou vodu nalačno (s. H.Č.) 16:00 nabídnuty tekutiny, vypil celou skleničku (ošetřovatelka K.P.) 17:00 připravena večeře, chleba se sýrem a jablko, pacient snědl půl porce, vypil ½ hrnku čaje, pitný režim se snaží dodržovat (ošetřovatelka K.P.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 18:00 Klient byl poučen o správných stravovacích návycích a příjmu tekutin, během dne dodržoval pitný režim. Cíl zatím nebyl splněn, je proto nutné nadále pokračovat ve stanovených intervencích. Další přehodnocení za 48 hodin (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.</p>
<p>Cíl : Pacient nejeví místní ani celkové známky infekce. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu krytí PŽK, je kontrolována funkčnost a okolí vpichu / co 24 hodin Klient informuje sestru o bolestivých pocitech v místě vpichu PŽK / do 30 minut Klient informuje sestru o pocitech pálení v oblasti genitálu / do 1 hodiny Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu PMK sáčku / co 7 dní</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 15:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj funkčnost PMK, PŽK (sestra) • pravidelně vyměňuj krytí PŽK dle standartu oddělení (sestra) • pravidelně vyměňuj močový sáček dle standartu oddělení (sestra) • sleduj TT pacienta (sestra) • sleduj barvu moče (sestra) • sleduj okolí vpichu PŽK (sestra) • při počínajících známkách infekce informuj lékaře (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci pacienta (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 14:35 zaveden PŽK, PŽK funkční, pacient nepociťuje bolestivost v místě vpichu (s. P.F.) 14:55 zaveden PMK, funkční, odvádí čirou moč (s. H.Č.) 15:00 pacient poučen o možnosti vzniku infekce a projevech (zčervenání v okolí místa vpichu PŽK, pálení v oblasti genitálu, zvýšená tělesná teplota) (s. H.Č.) 16:00 změřena a zaznamenána tělesná teplota 36,8°C, pacientovi nabídnuty tekutiny, vypil celou sklenku, z PMK vypuštěno 150 ml čiré moče (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 17:00 PŽK i PMK jsou funkční, pacient je afebrilní, nejsou přítomny žádné známky infekce. Cíl byl splněn. Diagnóza i nadále trvá, proto je nutné pokračovat v plnění intervencí. Další zhodnocení za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.</p>
<p>Cíl : Pacient má neporušenou, dostatečně hydratovanou kůži. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chápe význam polohování / do 12 hodin U pacienta jsou používány antidekubitární pomůcky / do 3 hodin Pacient chápe význam včasné mobilizace / do 12 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 16:10</p> <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' riziko vzniku dekubitů u pacienta dle používané škály (sestra) • vysvětlí pacientovi význam polohování (prevence dekubitů) (sestra) • polohuj pacienta co 2 hodiny (sestra) • použij vhodné antidekubitární pomůcky (sestra) • aktivizuj pacienta (sestra) • zajisti suché a vypnuté ložní prádlo (ošetřovatelka) • zajisti péči o pokožku (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci a výživu (sestra)
<p>Realizace : 1.1.2011 16:10 zhodnocena celistvost kůže pacienta – na levém zápěstí sedřená kůže 2x1cm, ošetřeno mastným tylem, sterilním krytím a převázáno obvazem, stanoveno riziko dekubitů dle stupnice Nortonové (malé riziko vzniku dekubitů) (s. P.F.) 16:15 vypracován plán polohování, pacient zatím zaujímá polohu na zádech (s. P.F.) 16:30 upraveno lůžko pacienta, pacientovi záda promazány měsíčkovou mastí, sakrum ošetřeno Menalind pastou (s. P.F.) 18:00 provedeno polohování, pacient otočen na pravý bok, končetiny vypodloženy polštáři (s. P.F.) 18:30 kontrola polohy pacienta, pacientovi se leží dobře, na nic si nestěžuje, nabídnuty tekutiny (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 20:00 Pacient má drobnou oděrku na levém zápěstí již z domu, jinak je bez porušené integrity kůže, stanoven plán polohování, pacient polohován co 2 hodiny, význam polohování chápe, tekutiny nabízeny, BT sledována. Cíl splněn, k poruše kožní integrity nedošlo, ale riziko přetrvává, proto je i nadále nutno pokračovat v intervencích. Hodnocení bude znovu provedeno za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku pádu z důvodu slabosti levostranných končetin.</p>
<p>Cíl : K pádu nedojde, pacient má upraveno prostředí kolem sebe. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient si je vědom možnosti úrazu / do 24 hodin Pacient má upraveno prostředí kolem sebe / do 6 hodin Pacient umí používat signalizační zařízení / do 1 hodiny</p>
<p>Plán intervencí : 1.1.2011 / 14:40</p> <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' riziko vzniku pádu a úrazu (sestra) • pouč pacienta o možnosti úrazu (sestra) • zajisti zvýšený dohled nad pacientem (sestra) • nauč pacienta používat signalizační zařízení (sestra) • dej pacientovi vše k ruce (sestra) • dle domluvy s pacientem zvedni postranice (ošetřovatelka)
<p>Realizace : 1.1.2011 14:45 vyhodnoceno riziko pádu a úrazu dle přílohy č. (s. P.F.) 14:50 poučení pacienta o riziku pádu – pacient souhlasí se zvednutými postranicemi, ovládá použití signalizace, ví že nemá sám vstávat z lůžka (s. P.F.) 14:55 věci denní potřeby k dispozici u lůžka (ošetřovatelka K.P.) 15:30 kontrola pacienta – leží klidně na lůžku, poslouchá rádio (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 1.1.2011 / 18:00 K pádu pacienta nedošlo, pacient je klidný, se zdravotnickým personálem spolupracuje. Cíl byl splněn, riziko pádu, ale stále trvá. I nadále bude pokračováno ve stanovených intervencích. Hodnocení bude provedeno po 48 hodinách. (s. V.G.)</p>

6.6 Celkové vyhodnocení stavu / 3.1.2011 po 48 hodinách hospitalizace

Pacient P.L. je hospitalizován již třetí den na neurologické jednotce intenzivní péče. Fyziologické funkce jsou stabilní, dechové parametry jsou v normě. Postupně dochází ke zlepšení hybnosti levostranných končetin, pacient je schopen flexe prstů na levé horní končetině a posouvat levou nohu po podložce. Spasticita pravé horní končetiny zcela odezněla. S dopomocí je schopen se posadit na okraji lůžka. Pacient je spolupracující, při denních činnostech se snaží aktivně dopomáhat. Se zdravotnickým personálem komunikuje, řeč je již srozumitelná, bez známek dysartrie. Pacient si již zvykl na nemocniční prostředí, nebojí se požádat o pomoc, jeho obavy ze závislosti postupně mizí. Se spánkem problémy nemá, spí celou noc. Za dobu hospitalizace ještě nebyl na stolici. Břicho je měkké, peristaltika je přítomná. Žilní katétr i permanentní močový katétr jsou funkční, u pacienta nejsou žádné známky infekce. K pádu ani poškození kožní integrity nedošlo.

6.6.1 Ošetrovatelské diagnózy ze dne 3.1.2011

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Porucha soběstačnosti v oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.
2. Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.
3. Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedeného PMK.
4. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu změny prostředí projevující se zácpou.
5. Narušené sebepojetí z důvodu dočasné ztráty tělesné funkce a neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.
2. Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.
3. Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu slabosti levostranných končetin.

Ošetrovatelské diagnózy zrušené ke dni 3.1.2011

Strach v souvislosti s porušenou pohyblivostí projevující se verbalizací (pacient sám udává vymizení strachu, působí klidně).

Porucha dýchání z důvodu základní diagnózy projevující se hyposaturací (dechové parametry i SpO₂ jsou v normě).

Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se únavou klienta (klient se cítí odpočatě, spí celou noc).

Narušená verbální komunikace v souvislosti s dysartrií po cévní mozkové příhodě projevující se poruchou vyjadřování (pacient mluví jasně a srozumitelně).

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha soběstačnosti v oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.</p>
<p>Cíl : Pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti při výkonu denních činností.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient si zvládne připravit stravu / do 3 dnů Pacient se aktivně zapojuje do sebeděče / do 1 dne Pacient dokáže používat signalizaci a říci si o pomoc / ihned</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktivizuj pacienta k sebeděči (sestra) • zajisti motivaci pacienta (sestra) • ved' pacienta k používání pomůcek (hrazdička, postranice, hrnek s pítkem,...) (sestra) • zajisti bezpečnost pacienta při nácviku soběstačnosti (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 6:30 provedena ranní hygiena na lůžku, pacient umýván sestrou, utírá se sám, s pomocí si obléká nemocniční oděv (s. V.G.) 7:30 snídaně, pacient sedí na lůžku, má přisunutý noční stolek, po přípravě jídla se nají a napije sám, léky dle ordinace lékaře podány, pacient je užil (s. V.G.) 8:30 cvičení s rehabilitační sestrou, prováděny aktivní cviky na lůžku (reh.s. M.H.) 11:45 podán oběd, pacient se najedl sám, polední léky podány, pacient je užil. (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 14:00 Pacient je částečně soběstačný, nají a napije se sám, zbytek denních činností není schopen sám vykonávat. Cíl nebyl splněn. Další hodnocení bude provedeno za 2 dny. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.</p>
<p>Cíl : Pohyblivost pacienta bude zlepšena, zvýší se rozsah hybnosti. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chodí bez pomoci druhé osoby / do 2 týdnů Pacient je schopen vykonávat aktivity denního života samostatně / do 1 měsíce Pacient má obnoven rozsah hybnosti / do 1 měsíce</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:05</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjistí rozsah pohyblivosti u pacienta (sestra) • zajistí rehabilitaci (rehabilitační sestra) • motivuj pacienta k samostatnému cvičení během dne (sestra) • zajistí bezpečnost pacienta (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 8:30 cvičení s rehabilitační sestrou, prováděny aktivní cviky na lůžku, zkoušen i sed na lůžku, stabilita pacienta narušená (reh.s. M.H.) 9:00 pacient napolohován na levý bok, při polohování se snaží pomáhat, nabídnuty tekutiny, vypil celou sklenku (s. V.G.) 11:00 polohování pacienta na pravý bok, nabídnuty tekutiny, na žádost pacienta zapnuto rádio (s. V.G.) 11:45 připraven oběd k lůžku, pacient jí sám (s. V.G.) 12:30 pacient leží na zádech, procvičuje si hybnost rukou pomocí masážního míčku (s. V.G.) 14:00 změna polohy na levý bok, nabídnuty tekutiny (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 15:00 Cíl částečně splněn. Pacient aktivně přistupuje k rehabilitaci, na lůžku se otáčí s mírnou dopomocí sestry, využívá pomůcky doplňující lůžko. I nadále je však nutno pokračovat v intervencích. Další hodnocení za 2 dny. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza: Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedeného PMK.</p>
<p>Cíl : Pacient má obnoveno fyziologické vyprazdňování močového měchýře.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient bude mít vyrovnanou bilanci tekutin / za 24 hodin Pacient močí spontánně do močové lahve / do 2 týdnů Pacient vypije aspoň 2 litry tekutin / za 24 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 08:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj funkčnost PMK, vzhled moče (sestra) • pouč pacienta o významu hydratace (sestra) • aktivně pacientovi nabízej tekutiny (sestra) • veď přesný záznam o příjmu tekutin a výdeji do ošetrovatelské dokumentace (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 08:00 z PMK vypuštěno 200ml čiré moče, proveden záznam do ošetrovatelské dokumentace (s. V.G.) 09:00 nabídnuty tekutiny, pacient vypil celou sklenku, pitný režim dodržuje (s. V.G.) 12:00 vypuštěn PMK, 400ml čiré moče, moč čirá, bez příměsí, vyhodnocena BT 600ml výdej, 700ml příjem (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 13:00 Pacient má stále zaveden PMK, vzhledem k omezené pohyblivosti by vyprazdňování do močové lahve pacient samostatně nezvládal. Cíl nebyl splněn. Termín dalšího vyhodnocení stanoven na 5.1.2011. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha vyprazdňování stolice z důvodu změny prostředí projevující se zácpou.</p>
<p>Cíl : Pacient se vyprazdňuje pravidelně aspoň 3x týdně Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient vylučuje hnědou, formovanou stolicí / do 12 hodin Pacient vypije denně 1,5 – 2 litry tekutin / za 24 hodin Pacient chápe důvod podání laxativ / ihned</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • podporuj vyprazdňování stolice podpůrnými prostředky (vlažná voda nalačno, masáž břicha, hydratace) (sestra) • aktivně pacientovi nabízej tekutiny (sestra) • podávej léky dle ordinace lékaře (sestra) • vysvětlí pacientovi důvod podání laxativ (sestra) • sleduj účinek podaných laxativ (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 06:00 podána sklenka vlažné vody nalačno, pacient udává pocit plnosti břicha, plyny mu odcházejí (s. Z.Š.) 07:20 podána laxativa (Lactuóza)dle ordinace lékaře, pacient je užil (s. Z.Š.) 09:30 pacient poučen sestrou o masáži břicha, masíruje si břicho ve směru hodinových ručiček (s. Z.Š.) 11:00 pacient udává pocit nucení na stolicí, podložena podložní mísa, pacient se vyprázdnil, stolice hnědá, formovaná, zajištěna hygiena po vyprázdnění, pacient popisuje úlevu, cítí se spokojen (ošetřovatelka K.P.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 12:00 Cíl byl splněn, pacient se vyprázdnil, pocítuje úlevu.(s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Narušené sebepojetí z důvodu dočasné ztráty tělesné funkce a neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací.</p>
<p>Cíl : Pacient mění postupně názory a postoje k sobě. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient akceptuje změny, které nastaly / ihned Pacient akceptuje nabídky na pomoc / ihned Pacient navazuje sociální kontakty / po dobu hospitalizace</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 09:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjistí postoj nemocného k sobě samému (sestra) • opakuj pacientovi účinek rehabilitace (sestra) • zjistí zda pacient daným informacím rozuměl a pochopil je (sestra) • nabídni pacientovi svou pomoc při denních činnostech (sestra) • zajisti vlídný přístup při kontaktu s pacientem (sestra) • zajisti kontakt s rodinou (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 10:00 rozhovor s pacientem, pacient projevuje radost z viditelných pokroků v oblasti hybnosti, je přesvědčen, že brzy bude opět soběstačný (s. V.G.) 12:30 pacient provádí cviky horních končetin pomocí masážního míčku, plně si uvědomuje význam rehabilitace (s. V.G.) 14:05 návštěva manželky, manželka poučena o významu motivace a vlídného přístupu ke klientovi (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 14:30 Cíl byl splněn, pacientova hybnost se pomalu zlepšuje, dochází i ke zlepšení stavu psychiky. I nadále je však nutné přistupovat k pacientovi vlídně a dopomáhat mu v jednotlivých úkonech. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.</p>
<p>Cíl : Pacient nejeví místní ani celkové známky infekce. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu krytí PŽK, je kontrolována funkčnost a okolí vpichu / co 24 hodin Klient informuje sestru o bolestivých pocitech v místě vpichu PŽK / po dobu zavedení PŽK Klient informuje sestru o pocitech pálení v oblasti genitálu / ihned Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu PMK sáčku / co 7 dní</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:10</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj funkčnost PMK, PŽK (sestra) • pravidelně vyměňuj krytí PŽK dle standartu oddělení (sestra) • pravidelně vyměňuj močový sáček dle standartu oddělení (sestra) • sleduj TT pacienta (sestra) • sleduj barvu moče (sestra) • sleduj okolí vpichu PŽK (sestra) • při počínajících známkách infekce informuj lékaře (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci pacienta (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 06:30 po ranní úpravě očištěno okolí vstupu PMK tampónem s dezinfekcí (Skiasept) (s. Z.Š.) 07:40 proveden převaz PŽK, okolí vpichu klidné, bez známek zarudnutí (s. Z.Š.) 08:00 z PMK vypuštěno 200ml čiré moče, pacient neguje nepříjemné pocity v místě zavedení PMK (s. V.G.) 11:00 naměřena tělesná teplota 36,6°C, proveden zápis do dokumentace (s. V.G.) 12:00 z PMK vypuštěno 400ml čiré moče (s. V.G.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 14:00 Cíl byl splněn, pacient nejeví známky infekce. Ve stanovených intervencích je nutné pokračovat i nadále. Další hodnocení 5.1.2011. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetrovatelská diagnóza: Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.</p>
<p>Cíl : Pacient má neporušenou, dostatečně hydratovanou kůži. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chápe význam polohování / ihned U pacienta jsou používány antidekubitární pomůcky / po dobu hospitalizace Pacient chápe význam včasné mobilizace / ihned</p>
<p>Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:15</p> <ul style="list-style-type: none"> • opakovaně vysvětluj pacientovi význam polohování (prevence dekubitů) (sestra) • polohuj pacienta co 2 hodiny (sestra) • použij vhodné antidekubitární pomůcky (sestra) • aktivizuj pacienta (sestra) • zajisti suché a vypnuté ložní prádlo (ošetřovatelka) • zajisti péči o pokožku (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci a výživu (sestra)
<p>Realizace : 3.1.2011 06:15 provedena ranní úprava, pacient aktivně zapojen do sebestarčování, záda promazána měsíčkovou masťou, sakrum ošetřeno Menalind pastou. Zajištěno čisté ložní prádlo (s. V.G.) 07:00 proveden převaz defektu na levém zápěstí, defekt klidný, bez sekrece, zatřen Novikovem (s. V.G.) 07:30 pacient snídá, strava připravena k lůžku, jí sám, tekutiny popíjí dle chuti (s. V.G.) 08:30 rehabilitace pacienta (reh.s. M.H.) 09:00 pacient otočen na levý bok, nabídnuty tekutiny (s. V.G.) 11:00 polohován na pravý bok, nabídnuty tekutiny (s. V.G.) 11:45 oběd, strava připravena k lůžku, pacient jí sám (s. V.G.) 12:15 provedena polední úprava, promazána záda měsíčkovou masťou, predilační místa ošetřena menalind pastou, zajištěno vypnuté ložní prádlo, pacient leží na zádech, sleduje televizi (ošetřovatelka K.P.)</p>
<p>Hodnocení : 3.1.2011 / 14:00 Cíl byl splněn, u pacienta nedošlo za dobu hospitalizace k porušení integrity kůže. Z preventivních důvodů se bude ve stanovených intervencích i nadále pokračovat. (s. V.G.)</p>

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu slabosti levostranných končetin.
Cíl : K pádu nedojde, pacient má bezpečně upraveno okolí lůžka. Priorita : střední
Výsledné kritéria : Pacient si je vědom možnosti úrazu / po dobu hospitalizace Pacient má upraveno prostředí kolem sebe / ihned Pacient umí používat signalizační zařízení / ihned
Plán intervencí : 3.1.2011 / 06:55 <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' stav pacienta (sestra) • pouč pacienta o možnosti úrazu (sestra) • zajisti zvýšený dohled nad pacientem (sestra) • zajisti signalizaci k ruce (sestra) • dej pacientovi vše k ruce (sestra) • dle domluvy s pacientem zvedni postranice (ošetřovatelka)
Realizace : 3.1.2011 07:00 pacient má zvednuty obě postranice, se zvednutými postranicemi souhlasí, signalizaci má při ruce (ošetřovatelka K.P.) 07:10 zhodnocení stavu pacienta, pacient je klidný, orientovaný všemi směry (s. V.G.) 08:30 rehabilitace pacienta, posazován na lůžku s nohama dolů pod dohledem rehabilitační sestry, stabilita pacienta narušena, pacient poučen o riziku pádu (reh.s. M.H.)
Hodnocení : 3.1.2011 / 12:00 Cíl byl splněn, pacient chápe možnost vzniku pádu, má zvednuty postranice. V ošetřovatelských intervencích bude i nadále pokračováno. Hodnocení bude provedeno za dva dny.(s. V.G.)

6.7 Celkové vyhodnocení stavu / 5.1.2011 po 5 dnech hospitalizace

Pacient P.L. je hospitalizován na NEU JIP 5.den. Během hospitalizace se postupně zlepšuje celkový stav pacienta. Fyziologické funkce jsou stabilní, pacient je afebrilní, při vědomí, orientován všemi směry. Hybnost levostranných končetin se zlepšuje. Pacient cvičí denně s rehabilitační sestrou. Sám se posadí na okraj lůžka, s pomocí se postaví a udělá dva kroky. Pacient se viditelně zlepšuje i v sebeděči – aktivně se zapojuje při hygienické péči, sám si umyje horní polovinu těla, učeše se, vyčistí si zuby. Na lůžku se již otáčí sám, bez cizí pomoci. Během hospitalizace byl 1x na stoličce. Pacient je psychicky vyrovnaný, usměvavý, manželka jej denně navštěvuje. Na nemocniční prostředí si již zvykl. Se zdravotnickým personálem spolupracuje a komunikuje bez zábran. Pacient má i nadále zaveden PŽK i PMK. Během hospitalizace nedošlo ke vzniku žádných komplikací.

6.7.1 Ošetrovatelské diagnózy ze dne 5.1.2011

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

1. Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování a hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.
2. Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.
3. Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedeného PMK.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

1. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.
2. Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.
3. Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu slabosti levostranných končetin.

Ošetrovatelské diagnózy zrušené ke dni 5.1.2011

Porucha vyprazdňování stolice z důvodu změny prostředí projevující se zácpou (pacient již byl na stolici, vyprazdňování podpořeno laxativy).

Narušené sebepojetí z důvodu dočasné ztráty tělesné funkce a neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací (s obnovou hybnosti se zlepšil i stav psychiky).

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Porucha soběstačnosti v oblasti vyprazdňování a hygieny z důvodu zhoršené pohyblivosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.</p>
<p>Cíl : Pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti ve všech oblastech</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient provádí samostatně ranní hygienu, močí spontánně do močové lahve / do 2 týdnů Pacient má podporu rodiny / ihned Pacient má uspokojeny základní potřeby / po dobu hospitalizace</p>
<p>Plán intervencí : 5.1.2011 / 06:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' míru soběstačnosti u pacienta (sestra) • dopomáhej pacientovi jen tehdy pokud je potřeba (sestra) • slovně podporuj pacienta při sebepěči (sestra) • zajisti bezpečnost klienta (sestra)
<p>Realizace : 5.1.2011 06:10 připraveny pomůcky k ranní hygieně, pacient posazen na okraj lůžka, ranní hygienu provádí samostatně, sám se i učesal, vyčistil si zuby (s. P.F.) 07:30 připravena snídaně k lůžku, pacient se najedl sám, ranní čaj vypil, podané léky užil (s. P.F.) 08:30 rehabilitace, nácvik chůze okolo lůžka (reh.s. M.H.) 09:00 pacient posazen do křesla, dívá se na televizi (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 5.1.2011 / 13:00 Cíl se plní. Pacient se umyje, nají, na lůžku se otáčí, sedá si na okraj lůžka. Pomoc sestry vyžaduje minimálně. Další hodnocení za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Omezená pohyblivost v souvislosti s nervosvalovou poruchou (plegií) projevující se sníženou citlivostí, sníženou hybností a poruchou stability.</p>
<p>Cíl : Pohyblivost postižených končetin bude obnovena.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chodí bez pomoci druhé osoby / do 2 týdnů Pacient je schopen vykonávat aktivity denního života samostatně / do 1 měsíce Pacient má obnoven rozsah hybnosti / do 1 měsíce</p>
<p>Plán intervencí : 5.1.2011 / 06:30</p> <ul style="list-style-type: none"> • zjistí rozsah pohyblivosti u pacienta (sestra) • zajisti rehabilitaci (rehabilitační sestra) • motivuj pacienta k samostatnému cvičení během dne (sestra) • zajisti bezpečnost pacienta (sestra)
<p>Realizace : 5.1.2011 08:30 pacient cvičí s rehabilitační sestrou, hybnost je značně zlepšena, přetrvává diskrétní paréza levé horní končetiny, sám se posazuje na lůžku, probíhá i nácvik chůze okolo lůžka, pacient se snaží, s rehabilitační sestrou spolupracuje (reh.s. M.H.) 09:00 pacient posazen do křesla, dívá se na televizi (s. P.F.) 09:15 pacientovi podán masážní míček, provádí cviky na rozvoj motoriky (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 5.1.2011 / 14:00 Cíl nebyl splněn, u pacienta nedošlo k úplnému obnovení hybnosti. Ve stanovených intervencích je nutné pokračovat. Další hodnocení proběhne za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Změna ve způsobu vyprazdňování moče z důvodu zavedeného PMK.</p>
<p>Cíl : Pacient má obnoveno fyziologické vyprazdňování močového měchýře.</p>
<p>Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient bude mít vyrovnanou bilanci tekutin / za 24 hodin Pacient močí spontánně do močové lahve / do 2 týdnů Pacient vypije aspoň 2 litry tekutin / za 24 hodin</p>
<p>Plán intervencí : 5.1.2011 / 07:00</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj funkčnost PMK, vzhled moče (sestra) • pouč pacienta o významu hydratace (sestra) • aktivně pacientovi nabízej tekutiny (sestra) • veď přesný záznam o příjmu tekutin a výdeji do ošetřovatelské dokumentace (sestra)
<p>Realizace : 5.1.2011 07:30 pacientovi položena na stolek litrová konvice s čajem (ošetřovatelka K.P.) 08:00 z PMK vypuštěno 350ml moče fyziologické barvy, množství zaznamenáno do ošetřovatelské dokumentace (s. P.F.) 12:00 posouzen příjem a výdej, bilance téměř vyrovnaná, proveden záznam do dokumentace (příjem 750ml, výdej 650ml) (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 5.1.2011 / 13:30 Cíl nebyl splněn, pacient močí cestou PMK. Hodnocení bude za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení PMK, PŽK.</p>
<p>Cíl : Pacient nejeví známky infekce. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu krytí PŽK, je kontrolována funkčnost a okolí vpichu / co 24 hodin Klient informuje sestru o bolestivých pocitech v místě vpichu PŽK / do 30 minut Klient informuje sestru o pocitech pálení v oblasti genitálu / do 1 hodiny Klient má zajištěnu pravidelnou výměnu PMK sáčku / co 7 dní</p>
<p>Plán intervencí : 5.1.2011 / 06:05</p> <ul style="list-style-type: none"> • sleduj funkčnost PMK, PŽK (sestra) • pravidelně vyměňuj krytí PŽK dle standartu oddělení (sestra) • pravidelně vyměňuj močový sáček dle standartu oddělení (sestra) • sleduj TT pacienta (sestra) • sleduj barvu moče (sestra) • sleduj okolí vpichu PŽK (sestra) • při počínajících známkách infekce informuj lékaře (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci pacienta (sestra)
<p>Realizace : 5.1.2011 06:30 po ranní úpravě očištěno okolí vstupu PMK tampónem s dezinfekcí (Skiasept) (s. P.F.) 07:40 proveden převaz PŽK, okolí vpichu klidné, bez známek zarudnutí (s. P.F.) 08:00 z PMK vypuštěno 200ml čiré moče, pacient nepociťuje nepříjemné pocity v místě zavedení PMK (s. P.F.) 11:00 naměřená tělesná teplota 36,4°C, proveden zápis do dokumentace (s. P.F.) 12:00 z PMK vypuštěno 400ml čiré moče (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 5.1.2011 / 14:30 Cíl byl splněn. PMK i PŽK jsou funkční, pacient je afebrilní, nejsou přítomny žádné známky infekce. Diagnóza i nadále trvá, proto je nutné pokračovat ve stanovených intervencích. Další zhodnocení za 48 hodin.(s. V.G.)</p>

<p>Ošetřovatelská diagnóza: Riziko poškození kožní integrity z důvodu porušené citlivosti levé poloviny těla.</p>
<p>Cíl : Pacient má neporušenou, dostatečně hydratovanou kůži. Priorita : střední</p>
<p>Výsledné kritéria : Pacient chápe význam polohování / ihned U pacienta je zajištěna dostatečná hydratace a výživa/ po dobu hospitalizace Pacient chápe význam včasné mobilizace / ihned</p>
<p>Plán intervencí : 5.1.2011 / 06:05</p> <ul style="list-style-type: none"> • opakovaně vysvětluj pacientovi význam polohování (prevence dekubitů) (sestra) • nabádej pacienta k samostatnému polohování (sestra) • aktivizuj pacienta (sestra) • zajisti suché a vypnuté ložní prádlo (ošetřovatelka) • zajisti péči o pokožku (sestra) • zajisti dostatečnou hydrataci a výživu (sestra) • zajisti antidekubitární pomůcky (sestra)
<p>Realizace : 5.1.2011 06:15 provedena ranní úprava, pacient se umyl sám, záda promazána měsíčkovou mastí. Zajištěno čisté ložní prádlo (s. P.F.) 07:00 proveden převaz defektu na levém zápěstí, defekt klidný, bez sekrece, zatřen Novikovem (s. P.F.) 07:30 pacient snídá, strava připravena k lůžku, jí sám, tekutiny popíjí dle chuti (s. P.F.) 08:30 rehabilitace pacienta, nácvik chůze (reh.s. M.H.) 09:00 pacient sedí v křesle (s. P.F.) 10:00 pacient přesunut do lůžka, na lůžku se polohuje sám (s. P.F.) 11:45 oběd, strava připravena k lůžku, pacient jí sám (s. P.F.)</p>
<p>Hodnocení : 5.1.2011 / 15:00 Cíl byl splněn. Kožní integrita nebyla porušena, pacient je mobilizován. Hodnocení bude znovu provedeno za 48 hodin. (s. V.G.)</p>

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu slabosti levostranných končetin.
Cíl : K pádu nedojde, pacient má bezpečně upraveno prostředí kolem sebe. Priorita : střední
Výsledné kritéria : Pacient si je vědom možnosti úrazu / po dobu hospitalizace Pacient má upraveno prostředí kolem sebe / ihned Pacient umí používat signalizační zařízení / ihned
Plán intervencí : 5.1.2011 / 06:30 <ul style="list-style-type: none"> • zhodnot' stav pacienta (sestra) • pouč pacienta o možnosti úrazu (sestra) • zajisti zvýšený dohled nad pacientem (sestra) • zajisti signalizaci k ruce (sestra) • dej pacientovi vše k ruce (sestra) • dle domluvy s pacientem zvedni postranice (ošetřovatelka)
Realizace : 5.1.2011 07:00 pacient má zvednutou jednu postranici, signalizaci má při ruce (ošetřovatelka K.P.) 07:10 zhodnocení stavu pacienta, pacient je klidný, orientovaný všemi směry (s. V.G.) 08:30 rehabilitace pacienta, nácvik chůze v doprovodu rehabilitační sestry, pacient opakovaně poučován o riziku pádu (reh.s. M.H.)
Hodnocení : 5.1.2011 / 12:00 Cíl splněn, k pádu nedošlo. Pacient si riziko pádu uvědomuje, sám z lůžka nevstává. Ve stanovených intervencích pokračováno, další hodnocení proběhne za 48 hodin. (s. V.G.)

6.8 Celkové hodnocení pacienta ze dne 7.1.2011

Pacient má stabilní fyziologické funkce, je afebrilní, klidný, orientován všemi směry. Při verbálním projevu se pacient vyjadřuje jasně a srozumitelně. Po sedmi dnech hospitalizace se u pacienta dle Barthelova testu zlepšila soběstačnost o 15 bodů (lehký stupeň závislosti). Pacient se aktivně zapojuje do všech denních činností. Na levé horní končetině přetrvává diskrétní paréza. Pacient si sám sedá na okraj lůžka, je schopen se i sám postavit. S rehabilitační sestrou nacvičuje chůzi po pokoji. Strach u pacienta vymizel, pacient má velkou oporu ve své rodině. Se spánkem již potíže nemá, spává celou noc, ráno se cítí spokojeně a odpočatě. Vyprazdňování stolice bylo zpočátku ovlivněno laxativy, postupně došlo k obnově peristaltiky a to převážně díky aktivizaci pacienta a úpravou stravovacích návyků. Na stolici byl 2x. Zavedený PŽK je funkční, okolí vpichu je klidné, bez známek zánětu. PMK byl dnes po domluvě s lékařem zrušen, pacient zvládá močit do močové lahve.

Riziko pádu i dekubitů bylo po přehodnocení rizik zrušeno. Pacient bude zítra přeložen na lůžkové neurologické oddělení.

7 Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala cévní mozkovou příhodou a ošetrovatelskou péčí o takto postižené pacienty. Pro realizaci ošetrovatelského procesu jsem si vybrala pacienta s diagnózou ischemická cévní mozková příhoda, pacient P.L. byl hospitalizován na neurologické jednotce intenzivní péče. Realizace ošetrovatelského procesu probíhala po dobu 7 dní, v tomto krátkém časovém úseku došlo k výrazné úpravě zdravotního stavu pacienta a jeho soběstačnosti. Pacient byl následně přeložen na standardní neurologické oddělení a poté domů. Ne však každý z nemocných má takové štěstí jako pan P.L., mnohdy zůstávají pacienti upoutáni na lůžku a závislí na péči druhých.

Pacienti jsou po úpravě stavu z neurologické JIP stěhováni na standardní neurologické oddělení, kde se nadále pokračuje v medikamentózní léčbě, rehabilitaci a logopedické péči. Pokud je postižení pacienta těžké a pro rodinu obtížné pečovat o pacienta v domácím prostředí, je třeba zajistit další péči, u nás v nemocnici se takto postižení pacienti překládají na LDN, kde probíhá intenzivní rehabilitace a nácvik soběstačnosti klienta. Dle uvážení lékaře se doporučuje lázeňská léčba a to převážně u mladých nemocných.

Pokud se rodina rozhodne vzít si pacienta domů, neznamená to, že zůstanou bez pomoci. Mohou se obrátit na agentury domácí péče, charitu či denní stacionáře. Starat se o nemocného v domácím prostředí není nic jednoduchého a každý pečující si potřebuje čas od času odpočinout. K tomuto účelu slouží respitní péče, jedná se o úlevovou péči pro opatrovníka (např. pro odpočinek, dovolenou), kdy na nějakou dobu může být pacient umístěn na LDN či v ošetrovatelském domě.

Pacienti postižení touto nemocí se často sdružují v klubech CMP, kde dochází k sociální rehabilitaci. Návštěvou těchto organizací si pacienti uvědomí, že nejsou sami a že mají ve společnosti stále své místo.

Vzhledem k tomu, že cévní mozková příhoda je velmi často vyskytujícím se onemocněním a v dnešní době postihuje čím dál mladší populaci, je třeba apelovat na informovanost občanů o rizikových faktorech, přispívajících ke vzniku této nemoci.

Lidé by si měli uvědomit hodnotu svého života a měli by nést zodpovědnost za své zdraví.

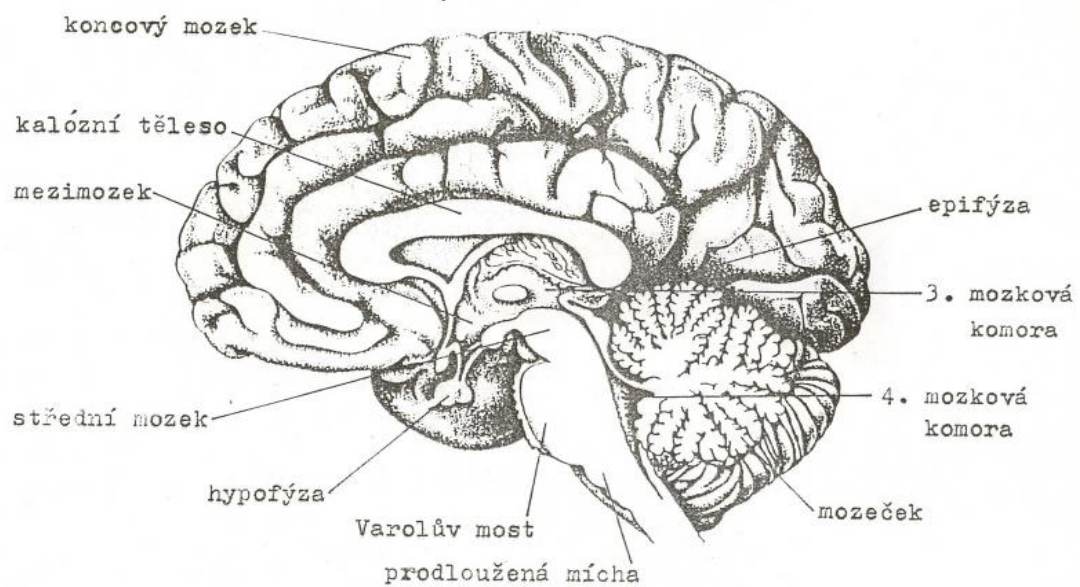
Seznam použité literatury a další informační zdroje

1. AMBLER, Zdeněk. 2002. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 4. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0080-3.
2. CORDELIA, Fine. 2009. *Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Z orig. přel. Johana Martinová. Brno: Jota, 2009. ISBN 978-80-7217-686-1.
3. ČERVINKOVÁ, E. aj. 2001. *Ošetrovatelské diagnózy*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-332-5.
4. DOENGES, Marilyn, E.; MOORHOUSE, Mary, F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z orig. přel. Ivana Sucharová. Praha: Grada Publishing a.s., 2001. ISBN 80-247-0242-8.
5. FEIGIN, Valery. 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Z orig. přel. Blanka Kalvachová, aj. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
7. KALINA, Miroslav. 2001. *Cévní onemocnění mozku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-198-6.
8. KALINA, M. aj. 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
9. KALITA, Zbyněk. 2010. *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé*. Praha: Mladá fronta, 2010,1. vyd. ISBN 978-80-2093-0.
10. KALITA, Z. aj. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-85912-26-0.
11. MLČOCH, Zbyněk. 2011. *Příznaky cévní mozkové příhody, následky mrtvice* [online]. [cit.2011-03-02].Dostupné z WWW: <http://www.zbynekmlcoch.cz/info/neurologie/priznaky-cevni-mozkove-prihody-nasledky-mrtvice-html>.
12. NEBUDOVÁ, Jaroslava. 1999. *Cévní mozkové příhody minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-41-6.
13. SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

14. SEIDL, Zdeněk, OBENBERGER, Jiří, 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0623-7.
15. STAŇKOVÁ, Marta. 2001. *České ošetřovatelství: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi* 6. 1. vyd., Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
16. ŠECLOVÁ, Simona. 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě: včetně nácviku soběstačnosti: průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80_247-0592-3.
17. ŠTEFÁNEK, Jiří. 2008. *Mozková mrtvice neboli cévní mozková příhoda* [online]. [cit. 2011-03-07]. Dostupné z WWW: <http://www.stefajir.cz/?q=mozkova-mrtvice-neboli-cevni-mozkova-prihoda-cmp>.
18. ŠULISTOVÁ, Monika. 2011. *Logopedická péče po CMP a úrazech hlavy* [online]. [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW: <http://rodina21.cz/hlavne-zdravi/logopedicka-pece-po-cmp-a-urazech-hlavy>.
19. TYRLÍKOVÁ, I. aj. 1999. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-287-6.
20. URBÁNEK, Karel. 2000. *Skriptum speciální neurologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. ISBN 80-244-0183-5.
21. VÍTEK, Libor. 2010. *Cévní mozkové příhody, vznik, příčiny* [online]. [cit. 2011-03-07]. Dostupné z WWW: <http://sportvital.cz/zdravi/neuro-psychiatricke-nemoci/cevni-mozkove-prihody-vznik-priciny>
22. WABERRŽINEK, G.; KRAJÍČKOVÁ, D. aj. 2006. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1020-5.

Příloha : Seznam standardů, tabulek, obrázků, fotografií

Anatomie mozku – obrázek



Hodnoticí tabulky - součást OSE dokumentace

Hodnoticí tabulky

Barthelův test základních všedních činností		NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ								
Dat	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přítužené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
příjem potravy a tekutin	10 samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	4 úplná	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 bdělý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
oblékání samostatně	10 bez pomoci s pomoci neprovede	3 částecné omezená 3	3 alergie 3	3 DM, řTT	3 zhoršený špatný	3 apatický 3	3 s doprov.	3 částecné omezená 3	3 občas převážně moč 2	3
koupání	5 samostatně nebo s pomoci neprovede	2 velmi omezená 2	2 suchá 1	2 anemie, kachexie tromboza, obezita 2	2 velmi špatný 1	2 bezvědomí 1	2 leží	2 velmi omezený 2	2 moč, stolice 1	2
osobní hygiena	5 samostatně nebo s pomoci neprovede	1 žádná 1	1 karcinom	1 karcinom	1 1	1 1	1 1	1 omezený 2	1 žádná 1	1
kontinence moči	10 plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	I. Malé riziko 25 – 23 II. Střední 22 – 19 III. Vysoké 18 – 9								
kontinence stolice	10 plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	Určení nutričního stavu Otázka A: Zhubnutí nemocný, aniž by se o to pokoušel? (období posledních 3 měsíců) Ano – jedete na otázku B Ne – jedete na otázku C Neví – jedete na otázku C								
použití WC	10 samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	Otázka B: Nemocný ubyl na váze. 0,5 – 5 Kg 6 – 10 Kg 11 – 15 Kg více než 15 Kg neví								
presun na lůžko – židli	15 samostatně bez pomoci s malou pomoci vydří sedět neprovede	Otázka C: Jí v současné době nemocný méně, trpí nechutenstvím? Ne Ano								
chůze po rovině	15 samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku neprovede	Skóre vyšší než 3. Informuj lékaře a volej NT! Nutriční skóre:								
chůze po schodech	10 samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	Zjištění rizika pádu Pohyb Neomezený 0 Používá pomůcku 1 Potřebuje pomoc k pohybu 2 Neschopen přesunu 3 Vyprazdňování Nevyžaduje pomoc 0 V anamnéze nykturie/inkontinence 1 Vyžaduje pomoc 3 Medikace Neužívá rizikové léky 0 Užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny 1 antihypertenziv, psychotropní léky								
CELKEM		Smyslové poruchy 0 Žádné 0 Vizualní, sluchové, smyslový deficit 1 Orientován 0 Mentální status 0 Občasná/noční desorientace 2 Historie desorientace/demence 3 Věk 0 18 – 65 0 65 a výše 1 Pád v anamnéze 1 Celkové skóre Hodnocení rizika: 0 - 4 bez rizika 5 - 13 střední riziko 14 - 19 vysoké riziko								
Hodnocení stupně závislosti:		<input type="checkbox"/> 0 – 40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 65 – 85 lehká závislost <input type="checkbox"/> 45 – 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 96 – 100 nezávislý								

Nácvik rehabilitace - ukázka



Cévní mozková příhoda a prevence

Klinické projevy CMP jsou velmi rozmanité od téměř bezpříznakového stavu až po závažný stav končící smrtí. Závažnější příhoda se obvykle projevuje ztrátou vědomí a závažnou poruchou hybnosti – nejčastěji jednostranným ochrnutím. Pacient může mít také poruchy citlivosti, poruchy mozkové či okohybní inervace, může zvracet, mít bolesti hlavy a další příznaky. Neurologické projevy i jejich průběh jsou u jednotlivých velmi rozmanité, společné je však to, že jsou vždy náhlé a jde o závažný stav.

Jak CMP předcházet?



Základem je zdravý životní styl: nekouřit, pravidelně sportovat, vyvážená strava s obsahem ovoce, zeleniny, ryb, vyvarovat se stresu, nadměrně nekonzumovat alkohol, udržovat si stálou tělesnou hmotnost a omezit přísun cukrů, tuků a soli v potravě.

Pravidelné návštěvy u praktického lékaře s kontrolou srdeční činnosti, krevního tlaku, pulsu a kontrolou hladiny cukru a cholesterolu v krvi.

Dodržovat lékařská doporučení, upravit životní styl, pravidelně užívat léky.

Ukázka ošetřovatelského standardu

Typ dokumentu:	Ošetřovatelský postup	
Název:	KANYLACE A OŠETŘOVÁNÍ PERIFERNÍCH ŽILNÍCH VSTUPŮ	
Identifikace:	OP_2009_30_v01	
Působnost:	Středomoravská nemocniční a.s. – o.z. Nemocnice Přerov	
Rozdělovník:	Nelékařští zdravotničtí pracovníci Nemocnice Přerov	
Účinnost od:	1. 9. 2009	
Účinnost do:	Zrušení	
Akreditační okruh:	III/19	
Název okruhu:	Standardy péče o pacienty	
Vypracoval:	Mgr. Irena Stoklásková, vrchní sestra	podpis: datum: 1. 7. 2009
Přezkoumal:	Bc. Zuzana Krčková, hlavní sestra	podpis: datum: 1. 8. 2009
Schválil:	Irena Becková, náměstkyně ředitele pro nelékařskou zdravotní péči	podpis: datum: 1. 9. 2009
Stav:	Platný	
Počet příloh:	0	

Definice

Kanylace periferní žíly je výkon zajišťující přístup do žilního řečiště, obvykle na delší dobu a za účelem aplikace intravenózních léků, transfuzí, infuzí.

Zkratky

CŽK - centrální žilní katetr

PŽK - periferní žilní katetr

HDR- hygienická dezinfekce rukou

ZZS – zdravotnická záchranná služba

Účel a cíl

Standardizace postupů pro bezpečné zavedení periferní žilní kanyly a udržení žilní linky bez vzniku komplikací.

Kompetence

Všeobecná sestra, porodní asistentka.

Příprava k aplikaci periferní žilní kanyly

Příprava pacienta

Pacient je informován lékařem i sestrou o

- nutnosti spolupráce při výkonu
- důvodu a způsobu zavedení kanyly
- možných komplikacích
- péči o kanylu – manipulaci s končetinou, hygienické a aseptické péči o žilní vstup
- nutnosti hlášení všech subjektivních problémů spojených se žilní kanylací (pálení, bolest...aj.)

Pomůcky

Pomůcky pro zavedení kanyly se připravují vždy na podnos a před použitím se opakovaně kontroluje:

- neporušenost obalu a datum expirace kanyly

- vhodnost kanyly - průsvitu a délky dle anatomických poměrů periferního žilního systému (kanyla nesmí obturovat vnitřní průsvit žíly)
- injekční stříkačka s fyziologickým roztokem
- infuzní roztok nebo připravený lék ve stříkačce - vše dle ordinace lékaře
- aspirační trny (např. ROWE-SPIKE)
- dezinfekční prostředek (dle platného Dezinfekčního řádu)
- rukavice na jedno použití
- Esmarchovo zaškrcovadlo nebo jiný turniket
- čtverečky buničité vaty
- sterilní krytí k fixaci kanyly, náplast
- infuzní set, spojovací hadička
- podložka (buničina, netkaná textilie) na podložení končetiny
- emitní miska na odpad
- kontejner na infekční materiál
- převazové nůžky
- infuzní stojan
- dlaha - pro neklidné pacienty
- infúzní pumpa nebo dávkovač

Ošetřovatelský postup

- používejte v průběhu přípravy a realizace infuzní terapie aseptickou techniku a sterilní pomůcky
- proveďte před výkonem pečlivou hygienickou dezinfekci rukou a natáhněte si rukavice
- zvolte místo pro zavedení kanyly (nejlépe na nedominantní končetině, od periferie směrem nahoru, nejvhodnější je hřbet ruky, potom předloktí, méně vhodná je loketní jamka - omezuje pohyb končetiny; ve výjimečných případech použijte žíly na nártu nohy (nebezpečí vzniku trombózy)
- podložte končetinu
- zatáhněte končetinu nad zvoleným místem vpichu a palpujte žílu
- dezinfikujte kůži, neotírejte, nechte zaschnout (nejméně 30 sekund, dle použitého prostředku) - dezinfikovaného místa se již nedotýkejte, neprovádějte další palpaci žíly
- zaveďte kanylu (vždy ve směru vedení žíly, tj. směrem k srdci), jakmile se objeví krev, vytáhněte mandrén a současně zasuňte kanylu dále do žíly, škrtidlo povolte, současně lehce stlačte žílu nad koncem kanyly a tím zamezíte vytékání krve z kanyly
- proveďte odběr krve je-li třeba - lze provést jen při zavedení

- napojte konus připravenou, fyziologickým roztokem naplněnou spojovací hadičku se stříkačkou
- ověřte znovu správnost zavedení aspirací krve do stříkačky, pak pomalu aplikujte fyziologický roztok a přitom sledujte místo nad zavedením kanyly (pacient by během aplikace neměl cítit pálení ani větší bolest)
- kryjte sterilně místo vpichu a fixujte kanylu i se spojovací hadičkou
- aplikujte dle ordinace lékaře naordinovaný lék pro i. v. použití nebo napojte infuzní soupravu s infuzním roztokem nebo transfuzí
- propláchněte po aplikaci naordinovaného léku pro i.v. použití spojovací hadičku a kanylu asi 5 ml fyziologického roztoku a uzavřete sterilní zátkou (Combi)
- označte kanylu datem zavedení a podpisem osoby, která kanylu zavedla
- sledujte stav pacienta v průběhu celého výkonu, respektujte jeho vnímání bolesti a psychicky jej podporujte
- zaznamenejte do ošetrovatelské dokumentace datum zavedení i případné reakce pacienta, podpis sestry.
- postupujte přísně asepticky během celého výkonu!

Zásady ošetřování periferních žilních kanyl (PŽK)

- Po zavedení PŽK je nutná častá kontrola místa vpichu a okolí (minimálně 1x denně) vizuálně a palpačně. Všimáme si otoku, krvácení, extravazace, místní žilní reakce - zarudnutí, infiltrace, subjektivních pocitů pacienta - bolest, pálení.
- Je-li přítomen zánět nebo má-li pacient nevysvětlitelnou třesavku, teplotu, které mohou poukazovat na systémovou infekci, informujte vždy lékaře a proveďte zápis v dokumentaci. Kanylu je nutné odstranit. Další postup závisí na ordinaci lékaře.
- Při jakékoli manipulaci se zavedenou kanylou je nezbytné dodržování zásad asepsy z důvodu zamezení vzniku nozokomiálních nákaz.
- Omezujte na minimum rozpojování infuzní linky.
- Používejte vždy sterilní Combi zátku (nepoužívejte ji opakovaně).
- Měňte infuzní set každých 24 hodin, spojovací hadičku po 72 hodinách, v případě použití antibakteriálního filtru dle doporučení výrobce.
- Po podání transfúze nebo roztoků lipidů nutno vyměnit celý systém ihned po podání.
- Místo zavedení kanyly vždy sterilně kryjte.
- Převoz místa vpichu provádějte vždy při znečištění (znečištěné a promáčené krytí je ideální živnou půdou pro bakterie) jinak v intervalech dle typu zvoleného krytí a doporučení výrobce.
- PŽK se odstraňuje ihned, jakmile přestane být indikace z klinického pohledu nutná.

Odstranění PŽK a zavedení nového

- Doba zavedení kanyly - u periferní žíly je doporučena 72 hodin, v případě delšího zavedení vždy se souhlasem ošetřujícího lékaře, který provede záznam v dokumentaci

Indikace ke zrušení nebo výměně PŽK

- ukončení terapie
- neprůchodnost katétru - kanylu je nutno vyměnit, neproplachovat za použití tlakové síly
- kontaminace konektoru nebo jiné části infuzní linky
- známky místní reakce
- jinak nevysvětlitelná zimnice a teplota

Ošetřovatelský postup při odstraňování zavedené PŽK

Pomůcky k péči o žilní vstup – jsou stejné jako u zavedení, navíc benzín k odstranění zbytku náplasti, ty si připravte na podnos na pracovním stole.

- proveďte HDR a použijte rukavice
- odstraňte původní krytí a zbytky po náplasti odstraňte benzínem a kůži odmastěte
- zhodnoťte místo vpichu, dezinfikujte místo vpichu
- přiložte a fixujte sterilní krytí tak, aby nedocházelo k mechanickému dráždění žilní stěny a pokožky
- uklid'te pomůcky s respektováním požadavku na třídění odpadu (kontaminovaný odpad, ostré předměty)
- odstraňte kanylu, stlačte místo vpichu, očistěte a sterilně překryjte. U pacientů s krvácivými stavy přiložte tlakový obvaz.

Komplikace

Hematom

Může se objevit následkem neúspěšného zavádění kanyly při punkci, případně po jejím vyjmutí. Nejlepší prevencí vzniku hematomů je dobré plánování výkonu, zajištění dostatečné venózní náplně a šetrná punkce. Tvorbě hematomu po vytažení kanyly lze zabránit stlačením místa punkce na 3 - 4 minuty. Také elevace končetiny může být prospěšná. U pacientů užívajících antikoagulanty přiložte tlakový obvaz alespoň na 15 -30 minut.

Extravazace - prosakování

Únik některých látek do tkáně může způsobit tkáňovou nekrózu. Patří sem např. vazokonstrikční léky, antibiotika, antivirotika, cytostatika, některé koncentráty elektrolytů, kardiotonika a vazomotorní látky.

Embolie krevní sraženinou

Může vzniknout i tehdy, pokud prostříkujeme neprůchodný katétr za použití tlakové síly – prevence ucpaný katétr vždy odstraňte.

Flebitida - zánět žíly

Projevuje se citlivostí, bolestivostí, začervenáním, otokem, hmatným provazcovitým zatvrdnutím v průběhu žíly až hnisáním.

Klasifikace flebitidy dle Maddona:

Stupeň 0	není bolest ani reakce v okolí
Stupeň I.	pouze bolest, není reakce v okolí
Stupeň II.	bolest a zarudnutí
Stupeň III.	bolest, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu vény
Stupeň IV.	otok, hnisavá sekrece v místě venepunkce, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu vény

Septická flebitida (bakteriémie-sepse)

Dochází k žilní infekci bakteriálního původu v místě zavedení katétru bakteriemi patřícími ke kmenům Staphylococcus, Streptococcus, Pseudomonas. Čím je vyšší počet bakterií v místě venepunkce, tím vyšší je riziko infekce. Rizikovými faktory jsou zpravidla nedostatečná asepsy nebo nesprávná technika HDR personálu, časté, opakované vstupy do systému.

Mechanická flebitida

Rizikovým faktorem je metoda zavádění, materiál a velikost použité kanyly, doba zavedení. Nesprávně provedená fixace zvyšuje riziko mechanického dráždění. Velkou roli hraje zručnost a zkušenost osoby zavádějící kanylu.

Chemická flebitida

Je způsobena léky (např. Thiopental, Furosemid, vitamín C) a infuzními roztoky, které se svým pH odchylojí od fyziologických hodnot. Pro snížení chemické dráždivosti endotelu cévní stěny je nutné co nejvíce rozředit každou dávku dráždivého léku. Infuzní roztoky, které svojí osmolaritou a pH hodnotou silně odlišují od fyziologických mezí, by neměly být podávány do periferních žil, ale centrálním žilním katétrem.

Zásady zavádění PŽK a žilních vstupů

- kanyla slouží pro jedno zavedení, po neúspěšném pokusu vyřadit
- nevytahovat kovový mandrén z kanyly a opět nezasouvat - nebezpečí odříznutí konce kanyly
- vždy po vytažení kanyly sterilně ošetřit místo vpichu
- u dětí a neklidných nemocných dbát na pečlivou fixaci kanyly i končetiny - se záznamem doby fixace a doby přerušení fixace - hlavně u dětí
- nepoužívat při zavádění kanyly do žíly na hlavičce dítěte k dezinfekci sprej

- nepoužívat pro dezinfekci kůže v inkubátoru alkoholové dezinfekční prostředky
- u rizikových pacientů provádíme dvoufázovou dezinfekci – postříkáme místo vpichu dezinfekčním prostředkem, otřeme, znovu nastříkáme a necháme 30s zaschnout
- odběry krve lze provést z kanyly jen při prvním zavedení, další odběry provádíme vždy z druhé končetiny
- před další aplikací infúze či léků odstraníme Combi zátku, zkontrolujeme průchodnost kanyly
- v případě neprůchodnosti kanyly neproplachujeme vzhledem k riziku embolizace, kanylu odstraníme a zavedeme novou