

# **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTKY S ISCHEMICKOU CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

Bakalářská práce

**JITKA KULHAVÁ**

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

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Praha 31. 3. 2011

Jitka Kulhavá

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské a MUDr. Ondřejovi Doležalovi, Ph.D. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytli při vypracování bakalářské práce.

## **ABSTRAKT**

KULHAVÁ, Jitka. Ošetřovatelská péče o pacientku s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Praha 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář v ošetřovatelství. Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská.

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

**Klíčová slova:** Cévní Mozková Příhoda, Iktus, Ošetřovatelský Proces, Pacientka

## **ABSTRACT**

KULHAVÁ, Jitka. The Nursing Care of a Female Patient with an Ischemic Stroke. Prague 2011. Bachelor graduation thesis. The University for Health Care Professionals, o.p.s. Prague. Bachelor in nursing. Tutor: PhDr. Jana Hlinovská.

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

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

**Key words:** stroke, patient, nursing process

# OBSAH

ÚVOD .....	1
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	2
1.1. Cévní mozková příhoda .....	2
1.1.1. Definice cévní mozkové příhody .....	2
1.1.2. Epidemiologie .....	2
1.1.3. Etiologie .....	3
1.1.4. Klinické příznaky .....	3
1.1.5. Diagnostika .....	4
1.1.5.1. Neurologické vyšetření .....	5
1.1.5.2. Výpočetní tomografie (CT) .....	6
1.1.5.3. Magnetická rezonance (MR) .....	6
1.1.5.4. Digitální subtrakční angiografie (DSA) .....	6
1.1.5.5. Elektroencefalografie (EEG) .....	7
1.1.5.6. Sonografické vyšetření (SONO) .....	7
1.1.5.7. Rentgenové vyšetření (RTG) .....	8
1.1.5.8. Lumbální punkce .....	8
1.1.6. Léčba .....	8
1.1.6.1. Celková intenzivní terapie .....	8
1.1.6.2. Medikamentózní terapie .....	9
1.1.6.3. Chirurgická terapie .....	10
1.1.7. Prevence .....	10
1.1.7.1. Primární prevence .....	10
1.1.7.2. Sekundární a terciální prevence .....	11
1.2. Cévní mozkové příhody ischemické (mozkové infarkty) .....	13
1.2.1. Etiopatogeneze mozkové ischemie .....	13
1.2.2. Projevy mozkové ischemie .....	13
1.2.3. Příčiny mozkové ischemie .....	14
1.2.4. Klinický obraz ischemických CMP .....	14

1.2.5.	Diagnostika jednotlivých typů CMP .....	14
1.2.6.	Léčba .....	15
1.2.6.1.	Obecná léčba .....	15
1.2.6.2.	Specifická léčba .....	16
1.2.6.2.1.	Trombolýza .....	16
1.2.6.2.2.	Intraarteriální trombolýza .....	17
1.2.6.2.3.	Konzervativní léčba .....	17
1.2.6.2.4.	Léčba komplikací a přidanych onemocnění .....	17
1.2.7.	Rehabilitace .....	18
1.2.7.1.	Fyzioterapie .....	18
1.2.7.2.	Logopedie .....	19
1.2.7.3.	Ergoterapie .....	19
1.2.8.	Psychoterapie .....	19
1.2.9.	Dietoterapie .....	20
1.3.	Ošetrovatelská péče o pacienta s ICMP .....	21
1.3.1.	Ošetrování nemocného .....	21
1.3.1.1.	Příjem na oddělení, volba pokoje .....	21
1.3.1.2.	Sledování nemocného .....	21
1.3.2.	Nejčastější ošetrovatelské problémy .....	21
2.	PRAKTICKÁ ČÁST .....	23
2.1.	Posouzení stavu pacientky .....	23
2.1.1.	Identifikační údaje .....	23
2.1.2.	Výtah z lékařské dokumentace .....	23
2.1.2.1.	Lékařská anamnéza .....	23
2.1.2.2.	Fyzikální hodnoty .....	25
2.1.2.3.	Vyšetření .....	26
2.1.2.4.	Závěr při příjmu .....	28
2.1.2.5.	Léčba .....	28
2.1.3.	Fyzikální vyšetření sestrou .....	29
2.1.4.	Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové .....	30
2.1.4.1.	Podpora zdraví .....	30

2.1.4.2.	Výživa .....	30
2.1.4.3.	Vylučování a výměna .....	30
2.1.4.4.	Aktivita, odpočinek .....	31
2.1.4.5.	Vnímání, poznávání.....	31
2.1.4.6.	Vnímání – sebe sama.....	31
2.1.4.7.	Vztahy .....	31
2.1.4.8.	Sexualita .....	31
2.1.4.9.	Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu.....	32
2.1.4.10.	Životní principy .....	32
2.1.4.11.	Bezpečnost – ochrana .....	32
2.1.4.12.	Komfort .....	32
2.1.4.13.	Růst, vývoj.....	32
2.2.	Průběh hospitalizace.....	33
2.3.	Ošetrovatelský proces .....	34
2.3.1.	Seznam ošetrovatelských diagnóz.....	35
2.3.2.	Plán ošetrovatelské péče .....	36
2.4.	Edukace .....	50
2.4.1.	Edukační list.....	50
2.4.2.	Edukační záznam – realizace .....	50
2.4.3.	Edukační plán.....	51
2.5.	Zhodnocení ošetrovatelské péče .....	52
3.	ZÁVĚR .....	53
4.	ZDROJE .....	55
4.1.	Literární zdroje.....	55
4.2.	Internetové zdroje .....	56
5.	POUŽITÉ TABULKY .....	57
6.	PŘÍLOHY .....	58
6.1.	Příloha č. 1 Seznam tabulek.....	58
6.2.	Příloha č. 2 Seznam zkratk .....	61

# PŘEDMLUVA

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

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

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

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

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



# ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) je stále častější příčinou těžkého zdravotního postižení, a je proto značným medicínským a socioekonomickým problémem. V posledních letech je pozorován vzrůstající trend tohoto onemocnění, a to nejen u seniorů, ale i u osob v produktivním věku.

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

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

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

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

# **1. TEORETICKÁ ČÁST**

## **1.1. CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA**

### **1.1.1. Definice cévní mozkové příhody**

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou podle WHO (World Health Organization) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu (Nevšimalová a kol, 2002, s. 64).

### **1.1.2. Epidemiologie**

Cévní mozkové příhody jsou častá a nesmírně závažná onemocnění. Ve vyspělých státech jsou třetí nejčastější příčinou úmrtí, po onemocnění kardiovaskulárního aparátu a zhoubných nádorech. Velmi alarmující je rovněž posun výskytu CMP do stále mladších věkových kategorií. Mortalita na CMP je v našem státě rovněž vysoká, více než 1/3 nemocných umírá do jednoho roku a z těch, kteří přežijí, je polovina významně handicapována. Proto je celosvětově kladen velký důraz na preventivní léčbu cévních onemocnění. Cévní mozkové příhody lze rozdělit podle projevu a diagnózy na hemoragické a ischemické. Přestože příznaky jsou velmi podobné, jejich prognóza a částečně i jejich léčebný postup jsou rozdílné (Tichý a kol., 1997).

### **1.1.3. Etiologie**

Hlavní příčiny vzniku CMP jsou:

- Trombóza
- Embolie
- Hemoragie

Ateroskleróza je hlavní faktor, který přispívá ke vzniku CMP. Ve vaskulárním systému se krev za normálních okolností nesráží. Při ateroskleróze, kdy je stěna cévy nerovná v důsledku přítomnosti aterosklerotických plátů se snáze vytvářejí krevní sraženiny. Krevní sraženina (trombus) může ucpat část nebo celý průsvit cévy. Embolus obvykle přichází ze srdce nebo aorty. Riziko vzniku trombózy se zvyšuje s přibývajícím věkem, ale hemoragie může vzniknout prakticky kdykoliv. Krvácení obvykle vzniká, jestliže je stěna cévy ztenčená a vzniká výduť (aneurysma). Ta obvykle praskne a dochází ke krvácení.

### **1.1.4. Klinické příznaky**

Klinický obraz CMP nelze popsat jednoduše. Záleží na příčině a premorbidní situaci, lokalizaci procesu, tj. na tom, která oblast cévy je porušena.

Také záleží na stavu a možnostech kolaterálního (náhradního) zásobení, které je lepší v mozkové kůře než v oblasti menších cév. Dále záleží na celkovém stavu pacienta, na jeho věku a předešlých chorobách.

**Klinické projevy:**

- poruchy hybnosti (parézy, plegie)
- poruchy citlivosti
- poruchy vědomí
- poruchy zraku

- poruchy sluchu
- poruchy mozečkové a vestibulární (závratě)
- bolesti hlavy
- kmenové poruchy (dýchání, polykání)
- poruchy vyšší nervové činnosti (afázie, akalkulie, agrafie)

**Objektivní projevy:** - ochrnutí obličeje (povislý koutek, stáčení bulbů)

- povolení svěračů
- nauzea, zvracení

### **1.1.5. Diagnostika**

Základem diagnostiky CMP je klinické vyšetření subjektivních a objektivních příznaků, závisejících na místě a rozsahu poškození mozkové tkáně. Pravá mozková hemisféra řídí levou polovinu těla a naopak levá mozková hemisféra řídí pravou polovinu těla (Kalina, 2000).

**Pomocná vyšetření:**

- neurologické a interní vyšetření
- biochemické a hematologické vyšetření
- hemokoagulační vyšetření
- výpočetní tomografie (CT)
- magnetická rezonance (MR)
- digitální subtrakční angiografie (DSA)
- elektroencefalografie (EEG)
- sonografické vyšetření (SONO)
- rentgenové vyšetření (RTG)
- lumbální punkce

### 1.1.5.1. Neurologické vyšetření

Neurologické vyšetření nemocného s poruchou vědomí má svá specifika a je odlišné od vyšetření pacienta v bdělém stavu.

- **Posouzení vitálních funkcí**
- **Objektivní anamnéza**
- **Somatické vyšetření**
- **Neurologické vyšetření:**
  - hodnocení stavu vědomí
  - hodnocení funkcí mozkového kmene:
    - a) oční příznaky: oční štěrby a svalový tonus očních víček  
postavení očních bulbů  
spontánní a reflektorické pohyby očních bulbů  
zornice
    - b) ostatní kmenové reflexy
  - hodnocení dýchání
  - hodnocení hybnosti svalového tonu
  - hodnocení ložiskových příznaků
- **Diagnostický závěr:**
  - zhodnocení vitálních funkcí
  - zhodnocení stavu vědomí – Glasgow coma scale (GCS)
  - zhodnocení funkcí mozkového kmene
  - zhodnocení ložiskové symptomatologie

- stanovení topické diagnózy a etáže postižení mozku
- etiologický diferenciatně diagnostický rozbor

### **1.1.5.2. Výpočetní tomografie (CT)**

Je metoda neinvazivní, zcela nebolestivá, bez rizik pro vyšetřovaného. CT je založeno na faktu, že různé tkáně v mozku a míše, ale i jinde mají různou hustotu (denzitu), a tím i různou prostupnost pro rentgenové záření. Vyšší denzitu (minimální kostní tkáně) mají mozková, epidurální, subdurální i čerstvá intermningiální krvácení, dále těžce sklerotické cévy, kalcifikace a některé tumory. Naopak nižší denzitu má ischemický infarkt, abscesy, mozkový edém, encefalitidy a zejména likvor a vzduch. CT dokáže vyhodnocovat snímky v jednotlivých libovolně zvolených rovinách i vrstvách, a tak lze získat sérii vrstevných snímků, s jejichž pomocí si lékař může prostorově představit patologický proces v mozku nebo míše (Černoch a kol., 2000).

### **1.1.5.3. Magnetická rezonance (MR)**

Zobrazení pomocí MR umožňuje hodnocení regionálních i celkových metabolických změn vznikajících v souvislosti s mozkovou hypoxií. Pro diagnostiku ischemických lézí mozku je dnes nejcennější tzv. multimodální MR vyšetření, při kterém průkaz poruchy perfúze a difúze umožňuje časné rozlišení malacie. MR též dobře detekuje rozpadové produkty hemoglobinu a může tak snadno určit stáří hemoragického ložiska. Akutní stádium mozkové hemoragie však lépe zobrazí CT (Černoch a kol., 2000).

### **1.1.5.4. Digitální subtrakční angiografie (DSA)**

Digitální subtrakční angiografie, počítačové zpracování angiografického nálezu, ve většině případů nahradila konvenční angiografii. Jde o cévní vyšetření, které je

v diagnostice velice důležité. Umožňuje detailní morfologické zobrazení cévního řečiště s průkazem stenóz, obliterací, aneurysmat a jiných cévních anomálií.

Do mozkových cév se aplikuje kontrastní jodová látka (Telebrix) katetrizací přes a. femoralis nebo přímou punkcí a. carotis a zobrazí se cévní mozkové řečiště i přívodné cévy extrakraniální. Tato metoda prokáže cévní malformace, větší aneuryzmata, posuny cév, okluze či stenózy větších cév intrakraniálně i závažnější aterosklerotické změny. Metoda není zcela bez rizika, mohou při ní nastat alergické reakce, někdy i cévní spasmy.

#### **1.1.5.5. Elektroencefalografie (EEG)**

Metoda je založena na snímání rozdílů elektrických potenciálů z různých míst mozkové kůry. Používají se vícesvodové přístroje, které mohou podat aktuální obraz nad celým povrchem mozku. Metoda je bezbolestná, bez rizika a lze ji kdykoliv opakovat. Není náročná na přípravu, pacient musí mít pouze umyté a odmaštěné vlasy.

#### **1.1.5.6. Sonografické vyšetření (SONO)**

Sonografické vyšetření cévního řečiště pomocí ultrazvuku poskytuje významné informace o průtoku krve cévou (doppler) a o morfologických změnách cévní stěny (duplexní sonografie). Vyšetření je rychlé, jeho hodnota je však často jen orientační. Mnohem kvalitnější a spolehlivější výsledek poskytuje duplexní sonografie. Vedle zobrazení průtokových rychlostí poskytuje zcela zásadní informace o struktuře cévní stěny, což má značný význam především pro posouzení charakteru aterosklerotického plátu. Toto vyšetření patří mezi základní zobrazovací metody v diagnostice cévních mozkových příhod.

### **1.1.5.7. Rentgenové vyšetření (RTG)**

Rentgenové vyšetření patří mezi zobrazovací metody. Provádí se RTG nativní prosté snímky – lebka, páteř, které nás informují především o skeletu.

### **1.1.5.8. Lumbální punkce**

Při lumbální punkci získáváme mozkomíšní mok (likvor). Toto vyšetření prokazuje přítomnost krve v likvoru. Detekuje též opakovaná krvácení průkazem rozpadových produktů erytrocytů různého stáří. Za patologických okolností bývá v likvoru přítomnost buněčných elementů, bílkovin a cukrů. Tlak bývá změněn při nitrolební hypertenzi. Likvorelické vyšetření je indikováno u závažného klinického podezření na subarachnoideální krvácení při negativním CT nálezu.

## **1.1.6. Léčba**

Současný moderní trend v léčbě akutního stádia CMP nezbytně vyžaduje co nejrychlejší zahájení terapie. A to v takovém zdravotnickém zařízení, které poskytuje nejen kvalitní diagnostické zázemí, ale i vysoce odbornou léčebnou péči. Nejlepším řešením je zřízení center pro léčbu CMP, jejichž součástí jsou tzv. iktové jednotky, kde je poskytována kvalifikovaná intenzivní péče.

Cévní mozkovou příhodu je nutno jednoznačně považovat za emergentní stav. Časový interval do zahájení léčby by neměl být delší než tři hodiny. Intenzivní léčba musí být provázena intenzivním sledováním základních životních funkcí a intenzivním ošetřováním, včetně rehabilitace a psychoterapie.

### **1.1.6.1. Celková intenzivní terapie**

Celková intenzivní terapie je zcela nezbytným základem léčby nemocných se závažnější CMP. Především jde o podporu kardiovaskulárního a respiračního aparátu,



zajištění dostatečného krevního tlaku, oxygenoterapii, léčbu hyperpyrexie a hyperglykémie a další preventivní opatření. Celkovou intenzivní péči lze provádět pouze na jednotce intenzivní péče.

### **1.1.6.2. Medikamentózní terapie**

#### **Antitrombotická terapie**

- antiagregační terapie – brání adhezi a agregaci krevních destiček a jejich vazbě s fibrinem
- antikoagulační terapie – zasahuje do systému plazmatické koagulace, v akutní fázi CMP se používá k prevenci hlubokých žilních trombóz (Heparin,...)
- trombolytická terapie – vede k rozpuštění již vzniklého trombu, trombolýzu lze provést celkově (intravenózně), nebo lokálně (intraarteriálně) podáním tkáňového plazminogenu

#### **Hemoreologická terapie**

Hemoreologická terapie zlepšuje tokové vlastnosti krve, mozkovou mikrocirkulaci (pentoxifylin, hemodiluce,...)

- vazoaktivní terapie – podáváme v pozdější fázi mozkové ischemie, kdy už je možné podat vazodilatancia
- hemodiluční terapie – nepřináší jednoznačně dobré výsledky

#### **Antiedematózní terapie**

Antiedematózní terapie brání v rozvoji mozkového edému. Terapeutické možnosti této léčby nejsou u CMP bohužel veliké. Základem je drenážní poloha se zvýšením horní poloviny těla, sedace a osmoterapie.

## **Symptomatická terapie**

Symptomatická terapie zmírňuje subjektivní potíže nemocných a potlačuje nežádoucí projevy CMP. Tato terapie je v akutním období CMP kontraindikována pro nebezpečí steal syndromu, který může způsobit ischemii okolní mozkové tkáně. Mírná vazodilatační terapie má své opodstatnění až po úplné stabilizaci klinického stavu.

### **1.1.6.3. Chirurgická terapie**

Jen malý počet nemocných s CMP je vhodných k chirurgickému řešení krvácení. Rozhodující bývá věk, zdravotní stav, sekundární onemocnění, lokalizace krvácení, časová prodleva a nález CT.

#### **Operační řešení provádíme:**

- u parenchymových krvácení v mozečku, zejména při rozvoji hypertenze, dále pak u lobárního krvácení s normálním tlakem
- u uzávěru karotid
- u intermeningiálního krvácení způsobeného rupturou aneuryzmatu

## **1.1.7. Prevence**

### **1.1.7.1. Primární prevence**

Hlavním cílem primární prevence je předcházet vzniku CMP detekcí a eliminací významných rizikových faktorů tohoto onemocnění. Z hlediska prevence je důležitá úprava životosprávy nebo vhodnou medikací snížit riziko vzniku cévní příhody. Z rizikových faktorů jsou nejzávažnější arteriální hypertenze, onemocnění srdce a diabetes mellitus.

Arteriální hypertenze je nejvýznamnější rizikový faktor nejen mozkové hemoragie, ale i ischemické CMP. Důsledná léčba hypertenze významně snižuje incidenci a mortalitu CMP. Léčba má být zahájena co nejdříve i u lehkých onemocnění.

Druhým nejzávažnějším rizikovým faktorem jsou různá onemocnění srdce. Způsobují buď pokles mozkové perfúze v důsledku selhávání hemodynamiky při srdeční nedostatečnosti různého původu. Nebo jsou zdrojem embolizace do mozkových tepen. V preventivní terapii se uplatňuje léčba kardiotonická, antiarytmická, vazodilatační, antiagregační, trombolytická, endovaskulární, kardiochirurgická a elektrická verze.

Třetím nejvýznamnějším rizikovým faktorem je diabetes mellitus, který je přítomný asi u 20% nemocných CMP. Zhoršuje prognózu onemocnění, a to v přímé závislosti na výši glykémie (Tichý a kol., 1997, s. 68).

Závažným rizikovým faktorem ischemických CMP jsou stenotické aterosklerotické procesy mozkových tepen.

Hyperlipoproteinémie se zvýšením hladiny lipidů a lipoproteinů v plazmě jsou jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů aterosklerózy, a tím i nepřímo CMP.

Součástí prevence CMP je zákaz kouření, omezení konzumace alkoholu, uvážlivé užívání hormonální antikoncepce, redukce nadváhy a dostatek fyzické aktivity s vyrovnáním stresových situací (Ambler a kol., 2001).

### **1.1.7.2. Sekundární a terciální prevence**

Hlavním cílem sekundární prevence je snížení rizika vzniku recidivy CMP, je zaměřena na potlačení rozvoje atherotrombotického poškození cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve.

### **Antiagregační terapie**

Zabraňuje agregaci krevních destiček. Základním lékem je kyselina acetylsalicylová. Při nesnášenlivosti nebo kontraindikaci kyseliny acetylsalicylové je lékem volby tiklopidin , někdy je podáván indobufen.

### **Hemoreologická terapie**

Zlepšuje mozkovou mikrocirkulaci snížením krevní viskozity. Základním lékem je pentoxifylin.

### **Antikoagulační terapie**

Je indikována u nemocných s vysokým rizikem reembolizace. Má velmi úzké a přesné vymezení (podáváme nejčastěji u nemocných s fibrilací síní). Moderní terapie dnes upřednostňuje warfarin. Jeho optimální terapeutické rozmezí je limitováno hodnotami INR 2-3 (INR – international normalized ratio, normalizovaný poměr vyjadřující vztah tromboplastinového času léčeného pacienta k jeho normálním hodnotám v plazmě).

### **Endovaskulární inervace**

Jsou alternativní možnosti léčby významné arteriální stenózy. Perkutánní transluminární angioplastika a vyztužení cévní stěny stentem mají již své přesné indikace. Používají se i v terapii aneuryzmat a cévních malformací.

### **Eliminace rizikových faktorů CMP**

Důležitou součástí sekundární prevence u nemocných po proběhlé CMP je rovněž intenzivní rehabilitace, včetně lázeňské léčby a psychoterapie. Ideálním řešením

provádění sekundární prevence je sledování nemocných ve specializovaných cerebrovaskulárních poradnách.

## **1.2. CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY ISCHEMICKÉ (MOZKOVÉ INFARKTY)**

### **1.2.1. Etiopatogeneze mozkové ischemie**

Ischemické cévní mozkové příhody vznikají v důsledku kritického snížení mozkové perfúze části mozku nebo celého mozku. Tvoří přibližně 80% všech CMP (Kalina, 2000, s. 133).

### **1.2.2. Projevy mozkové ischemie**

Za normálních okolností se mozková perfúze pohybuje v rozmezí 50-60 ml/100g mozkové tkáně/min. Dojde-li k jejímu poklesu, je tato situace zpočátku částečně kompenzována vazodilatací arteriol a zvýšením extrakce kyslíku z krve, a pokud průtok krve nepoklesne pod 20ml, není neuronální funkce významněji ovlivněna. Poklesne-li však krevní průtok pod hodnotu 20 ml, kompenzační mechanismy jsou již nedostatečné. Perfúze již nestačí zajistit energetické nároky neuronů, dochází k poruše jejich funkce provázené příznaky ischemické léze. Tento stav je reverzibilní, a pokud se perfúze včas upraví, odezní zcela i klinická symptomatologie. Při poklesu krevního průtoku pod hodnotu 10 ml dochází k úplnému selhání regulačních mechanismů, rozvíjí se ischemická biochemická kaskáda a volné radikály způsobují terminální ireverzibilní změny mozkové tkáně, buněčnou smrt (Nevšímalová a kol., 2005).

### **1.2.3. Příčiny mozkové ischemie**

Příčiny CMP mohou být jednak lokální, zodpovědné za ložiskovou hypoxii, jednak celkové, způsobující difúzní hypoxické postižení mozku. Lokální příčiny způsobují ischemie v povodí postižené cévy. Celkové příčiny se více projevují v hraničních oblastech jednotlivých povodí, kde je cévní zásobení mozku chudší.

### **1.2.4. Klinický obraz ischemických CMP**

Klinický obrazu ischemických CMP je velmi rozmanitý. Závisí na lokalizaci uzavřené cévy a na možnostech kolaterálního oběhu. Je-li dobrý, může být zcela kompenzován dokonalým kolaterálním oběhem. Podobně i uzávěry mozkových tepen. V mozku mohou být kompenzovány některé uzávěry v korových oblastech, naopak v podkorových oblastech, v oblasti perforujících tepen (v bazálních gangliích a v kapsule) není téměř žádný kolaterální oběh.

V závislosti na těchto faktorech mohou vznikat úplné nebo neúplné teritoriální infarkty. Teritoriální infarkt zasahuje celou oblast (teritorium) vyživovanou určitou cévou. Podle typu uzávěru může být porucha přechodná nebo trvalá. Pro teritoriální ischemické infarkty je charakteristický pozvolný rozvoj, který pokračuje během několika hodin až dvou dnů a poté se stabilizuje (s výjimkou embolizací) (Nevšímalová a kol., 2005).

### **1.2.5. Diagnostika jednotlivých typů CMP**

#### **Ischemická trombotická CMP**

Vzniká častěji v klidu, ve spánku, kdy krevní tlak fyziologicky klesá. Dále též po jídle, kdy dochází k přesunu krve do splachnické oblasti (spánek po obědě). Rozvoj

příznaků je pozvolný, vědomí je většinou zachováno, a to i při těžkém postižení hybnosti.

### **Ischemická embolická CMP**

Pokud je významnější, je obvykle velmi akutní příhodou, která překvapí nemocného v klidu i při fyzické nebo duševní aktivitě. Má dramatický klinický obraz a může být doprovázena bolestí hlavy.

### **Ischemická CMP z hypoperfúze**

Je obvykle předcházena příznaky respirační nebo kardiální insuficience, významnou arteriální hypertenzí, anémií nebo dehydratací. Klinický obraz nebývá bouřlivý, rozvoj příznaků je často postupný.

## **1.2.6. Léčba**

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

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

### **1.2.6.1. Obecná léčba**

Základem je monitorace vitálních a neurologických funkcí, zajištění funkce plic, ochrana dýchacích cest, péče o kardiovaskulární systém, léčba srdečních onemocnění-

hlavně arytmií a srdečních selhání, regulace krevního tlaku, kdy rychlé snížení vysokého TK není vždy žádoucí (podání antihypertenziv při TK nad 220/110mmHg nebo při známkách kardiálního nebo renálního selhání. Optimální TK je 180/110mmHg). Dále monitorace hladiny glukózy a její úprava dle hodnot, sledování tělesné teploty, při teplotě nad 37,5°C podávat antipyretika. Důležité je zajištění nutrice a hydratace, korekce elektrolytů.

### **1.2.6.2. Specifická léčba**

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

#### **1.2.6.2.1. Trombolýza**

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

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

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



#### **1.2.6.2.2. Intraarteriální trombolýza**

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

#### **1.2.6.2.3. Konzervativní léčba**

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

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

#### **1.2.6.2.4. Léčba komplikací a přidáných onemocnění**

Pokud má pacient další onemocnění (hypertenze, diabetes mellitus), je třeba pokračovat v terapii a monitoraci hodnot TK a glukosy. Provádíme miniheparinizaci jako prevenci žilních trombóz, podáváme další medikaci, jako jsou antibiotika při infekčních komplikacích, antikonvulziva při epileptických paroxysmech. Při depresivních projevech nasazujeme antidepresiva, při zvýšeném nitrolebním tlaku zahajujeme antiedematózní léčbu (např. osmoterapii Manitolem).

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

## **1.2.7. Rehabilitace**

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

### **1.2.7.1. Fyzioterapie**

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

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

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

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

### **1.2.7.2. Logopedie**

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

### **1.2.7.3. Ergoterapie**

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

### **1.2.8. Psychoterapie**

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

U pacientů po CMP dochází relativně často k depresím. Ty bývají někdy obtížně rozpoznatelné, především u afatických a dementních pacientů. U pacientů s vaskulární příčinou onemocnění zůstává většinou dlouho zachován náhled na postižení,

deprese tak bývá často reakcí na deficity, které si pacient uvědomuje. U hospitalizovaných pacientů přichází v úvahu nejčastěji psychoterapie podpůrná, vedena k úpravě celkového životního stylu (nejlépe s poučenou rodinou), motivující ho k rehabilitaci. Důležitý je zde celostní přístup k pacientovi, týmová práce lékařů, ošetřujícího personálu, logopeda, psychologa, ergoterapeuta a ostatního personálu. Pokud lze, pracujeme s celou rodinou. Důležitá je zpětná vazba pro pacienta i jeho rodinu.

### **1.2.9. Dietoterapie**

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

## **1.3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S ICMP**

### **1.3.1. Ošetřování nemocného**

#### **1.3.1.1. Příjem na oddělení, volba pokoje**

Pacientka byla přijata překladem z JIP oddělení na standardní lůžkové oddělení, na třílůžkový pokoj bez vlastního sociálního zařízení, toto společné na chodbě. Polohovací lůžko je přístupné ze všech stran s možností zábran v případě hrozícího pádu pacientky z lůžka.

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

#### **1.3.1.2. Sledování nemocného**

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

Frekvence měření je nastavena dle zdravotního stavu pacientky.

### **1.3.2. Nejčastější ošetřovatelské problémy**

- Poruchy tělesné hybnosti z důvodu pocitů slabosti, parézy nebo plegie horní a/nebo dolní končetiny
- Poruchy verbální a/nebo písemné komunikace z důvodu vlastního onemocnění
- Snížená sebek péče z důvodu pohybových obtíží

- Poruchy polykání v důsledku svalových obrn a percepčních poruch z oblasti úst, hltanu a jícnu
- Porucha přijetí vzhledu vlastního těla z důvodu vlastní nemoci
- Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy z důvodu obtíží při polykání
- Porucha spánku
- Porucha vyprazdňování
- Strach, úzkost, beznaděj
- Nedostatek informací

## **2. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S ONEMOCNĚNÍM ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY**

#### **2.1. POSOUZENÍ STAVU PACIENTKY**

##### **2.1.1. Identifikační údaje**

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

##### **2.1.2. Výťah z lékařské dokumentace**

###### **2.1.2.1. Lékařská anamnéza**

###### **Rodinná anamnéza**

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

###### **Sociální anamnéza**

Rozvedená, žije sama, v bytě.

###### **Pracovní anamnéza**

Dříve prodavačka, nyní v důchodu.

### **Osobní anamnéza**

- Předchorobí – běžné dětské nemoci
- Hypothyreóza na terapii
- Hypercholesterolémie
- Hypertenze na terapii
- Údajně hospitalizována s podezřením na IM ve FNKV

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

### **Alergie**

Barvy, latex, asfalt, přípravky proti plísni.

### **Abusus**

Alkohol příležitostně, kouření, káva 0.

### **Gynekologická anamnéza**

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

### **Farmakologická anamnéza**

Godasal 100 mg 1-0-0 (Antiagregans), Simgal 20 mg 0-0-1 (Hypolipidemikum.),  
Lokren 20 mg 1-0-0 (Antihypertenzívum), Prestarium 8 mg 1-0-0 (ACE inhibitor),  
Letrox 50 ug 1 na lačno, v so+ ne 2 tbl. (hormon štítné žlázy), Vessel due F 2-0-0  
(Antikoagulancia), Dithiaden tbl dle potřeby (Antihistaminikum).

### **Nynější onemocnění**

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



### **Objektivní nález**

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

Výška 182 cm, váha 96 kg

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

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

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

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

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

Mozeček – taxe zprava nepřesná.

Páteř – poklepově nebolestivá.

Stoj a chůze – nezkoušeny.

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

#### **2.1.2.2. Fyzikální hodnoty**

Při příjmu na iktovou jednotku:

Krevní tlak: 220/110mm/Hg

Puls: 60/min

Dech: 22/min

TT: 37,0°C

Výška: 182 cm  
 Váha: 96 kg  
 BMI: 29,5  
 Sp O2: 91-92% bez O2  
 srdeční akce pravidelná.

### 2.1.2.3. Vyšetření

**Tabulka č. 1 – Koagulační laboratorní vyšetření**

<i>Koagulační vyšetření</i>	<i>Naměřené hodnoty</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
INR	0,8	1,00 – 1,28
APTT	28,4	22,6 – 35,0 s

**Tabulka č. 2 – Biochemické laboratorní vyšetření**

<i>Biochemie</i>	<i>Naměřené hodnoty</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
Na - s	139	135 – 145 mmol/l
K - s	3,9	3,8 – 5,0 mmol/l
Cl - s	101	97 – 108 mmol/l
Glukosa	5,2	4,2 – 6,0 mmol/l
Urea	8,4	2,0 – 6,7 mmol/l
Kreatinin	76,0	44 -104 umol/l
Bílkovina	67,4	65 – 85 g/l
Cholesterol	6,1	3,83 – 5,80 mmol/l
CRP	2,3	< 2 mg/l

**Tabulka č. 3 – Hematologické laboratorní vyšetření**

<i>Krevní obraz</i>	<i>Naměřené hodnoty</i>	<i>Referenční rozmezí</i>
Leukocyty (Wbc)	9,4	4,0 – 11,0 10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty (Rbc)	4,97	3,6 – 5,2 10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin (Hgb)	141	116 – 163 g/l
Hematocrit (Hct)	0,447	0,33 – 0,47 %
Trombocyty (Plt)	217	131 – 364 10 <sup>9</sup> /l

Moč: chemicky:

pH 6,5

Hustota 1017

Ketolátky 2,0

Leukocyty 25

Krev v moči 100,0

Ostatní negativní

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

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

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

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

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

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

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

Doplníme: TTE, TEE

#### **2.1.2.4. Závěr při příjmu**

CMP ischemická v povodí ACM sin.

Onemocnění štítné žlázy.

Arteriální hypertenze.

#### **2.1.2.5. Léčba**

Medikace per os:

- Simgal 20 mg 0-0-1 (Hypolipidemikum.)
- Lokren 20 mg 1-0-0 (Antihypertenzívum),
- Letrox 50 ug 1 na lačno, v so+ ne 2 tbl. (hormon štítné žlázy),
- Dithiaden tbl dle potřeby (Antihystaminikum).

Infusní terapie:

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

Jiné:

- Fraxiparine 0,6 ml sc. 1x ráno (Antikoagulancia)
- Nutridrink 2xd mezi jídly
- Bandáže DK
- Hlava ve zvýšené poloze 30-40%

### **2.1.3. Fyzikální vyšetření sestrou**

#### **Základní fyzikální vyšetření sestrou:**

Celkový vzhled: unavená, rozrušená

Úprava, hygiena: čistá, upravená, dbá o sebe

Krevní tlak, puls: 200/100, 76/min

Dýchání: čisté, sklípkové, 18/min

Tělesná teplota: 36,3°C

Kůže: suchá, čistá, bez lézí

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

Zrak, sluch: má brýle na čtení, slyší dobře

Výška 182 cm; váha 96 kg; BMI 29,5

Chůze: nejistá, pacientka je nestabilní

## **2.1.4. Posouzení stavu potřeb klienta dle M. Gordonové**

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

### **2.1.4.1. Podpora zdraví**

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

### **2.1.4.2. Výživa**

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

### **2.1.4.3. Vylučování a výměna**

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

#### **2.1.4.4. Aktivita, odpočinek**

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

#### **2.1.4.5. Vnímání, poznávání**

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

#### **2.1.4.6. Vnímání – sebe sama**

Jako ženu ji trápí povislý pravý ústní koutek, věří, že řeč se s pomocí logopedky upraví. Pacientka bere život tak jak je, věří v sebe samu, nerada se spoléhá na ostatní, přesto je ráda, když za ní dochází syn a nejbližší přítelkyně. Ráda věci dotahuje do konce.

#### **2.1.4.7. Vztahy**

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

#### **2.1.4.8. Sexualita**

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

#### **2.1.4.9. Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu**

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

#### **2.1.4.10. Životní principy**

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

#### **2.1.4.11. Bezpečnost – ochrana**

Pacientka má zavedený PVK na levé horní končetině, také PMK pro přesnou bilanci a nestabilní chůzi. Po překladu na standardní oddělení oba katétry 2.den ex. Má nejistotu a obavy z budoucnosti, neví, co bude dál. Bojí se, aby se jí nepříhodilo něco horšího.

#### **2.1.4.12. Komfort**

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

#### **2.1.4.13. Růst, vývoj**

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



## 2.2. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

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

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

V noci 28. 12. došlo k výrazné zmatenosti a 30. 12. se rozvinula výrazná dysartrie a dysfagie. 31. 12. nutnost zavedení nasogastrální sondy, pacientka je téměř neschopna polykat. Později zlepšení spolupráce, ústup pravostranné hemiparézy, proto 6.1.2011 překlad na standardní oddělení neurologické kliniky. Při překladu jen lehká instabilita na PHK, zlepšila se i hypestezie, která před překladem jen na PDK. Výživa dosud nasogastrální sondou, dysartrie při pomalé mluvě ještě srozumitelná.

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

## 2.3. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelský proces je způsob profesionálního uvažování sestry o nemocném a individuální problematice tohoto onemocnění. Je logickým, systematickým přístupem ke komplexní péči o pacienta. Je to způsob založený na aktivní ošetřovatelské péči a na systému skupinové péče nebo systému primárních sester.

Ošetřovatelský proces je základním standardem ošetřovatelské péče. Je řízen kvalifikovanými sestrami. Za zavedení ošetřovatelského procesu na pracovišti odpovídá vrchní sestra nebo jí pověřená sestra. Realizace ošetřovatelského procesu je zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace pacienta.

Teorie ošetřovatelského procesu je založena na systematickém vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného člověka a jejich uspokojování. ( Doenges, Moorhouse, 2001)

Jedná se o sérii vzájemně propojených ošetřovatelských činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného, popř. za pacientovi spolupráce. Ošetřovatelský proces probíhá v několika fázích. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají:

- **Ošetřovatelská anamnéza**

Spočívá v získávání informací o nemocném. Zdrojem informací může být pacient, lékař, sestry, rodina a blízcí nemocného, dokumentace aj.

- **Ošetřovatelská diagnóza**

Je v podstatě stanovení ošetřovatelského problému, deficitu potřeb – co nemocnému schází, jaké jsou jeho problémy.

- **Plánování ošetřovatelské péče**

Co a jak pro pacienta udělat, kdy a kdo konkrétně o něj bude pečovat.

- **Realizace**  
Vlastní péče o nemocného.
  
- **Zhodnocení efektu**  
Úspěšnost péče, co ještě mohu zlepšit, doplnit, učinit lépe.

### **2.3.1. Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priorit pacientky)**

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

### 2.3.2. Plán ošetrovatelské péče

**00051 Zhoršená verbální komunikace** z důvodu základního onemocnění, které se projevuje nemožností se srozumitelně vyjadřovat.

Cíl:

- pacientka je schopna vyjadřovat jednotlivá slova, do 10 dnů
- pacientka je schopna srozumitelně komunikovat, do 2 měsíců
- pacientka je schopna tvořit souvislé jednoduché věty, do 1 měsíce

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny svého stavu, do 2 hodin
- pacientka zná léčebný plán, do 6 hodin
- pacientka zná plán logopedického cvičení, do 1 dne

Intervence:

- seznámit pacientku s jejím zdravotním stavem, primární sestra, do 2 hodin
- zajistit logopedické vyšetření, primární sestra, logoped, do 1 dne
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat logopedické cvičení, primární sestra, logoped, do 1 dne
- komunikovat a procvičovat slovní projev, sestra ve službě, při každém kontaktu
- zajistit spolupráci rodiny (syna), primární sestra, do 2 dnů

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

- seznámila jsem pacientku s jejím zdravotním stavem
- zajistila jsem logopedické vyšetření

- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat další léčba
- vysvětlila jsem pacientce společně s logopedem, jak budou probíhat cvičení
- při každém kontaktu jsem s pacientkou procvičovala slovní zásobu
- zajistila jsem spolupráci rodiny

Hodnocení:

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

Efekt: částečný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

- nebagatelizuj strach pacientky, sestra ve službě, neustále
- podávej dostatek informací o průběhu léčby a vyšetření, sestra ve službě, každý den

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

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

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

Hodnocení:

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

Efekt: částečný.

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

Cíl:

- pacientka je schopna samostatné chůze do 14 dnů

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

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

Hodnocení:

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

Efekt: úplný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 8.1. 2011)

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



Hodnocení:

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

Efekt: částečný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

- zjistí příčinu poruchy spánku, primární sestra, do 1 dne
- pouč pacientku o příčině poruchy spánku, primární sestra, do 1 dne
- zjistí návyky před spaním, které měla pacientka v domácím prostředí, primární sestra, do 1 dne
- aktivizuj pacientku během dne, sestra ve službě, denně

- posuď souvislost poruchy se základním onemocněním, primární sestra, do 1 dne
- zajisti klidné prostředí před spaním, sestra ve službě, denně
- pozoruj fyzické známky únavy, sestra ve službě, denně
- podávej léky dle ordinace, sestra ve službě, denně

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

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

Hodnocení:

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

Efekt: částečný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

- seznámila jsem pacientku s jejím zdravotním stavem
- zhodnotila jsem schopnosti a naplánovala intervence
- vysvětlila jsem pacientce, jak bude probíhat její léčba
- vysvětlila jsem pacientce společně s fyzioterapeutem, jak bude probíhat její rehabilitace
- denně jsem vedla pacientku k maximální soběstačnosti
- zajistila jsem každý den společně s fyzioterapeutem rehabilitační cvičení
- zajistila jsem spolupráci rodiny
- hodnotila jsem riziko nesoběstačnosti (podle Barthelova testu)
- hodnotila jsem schopnost instrumentálních všedních činností podle IADL testu

Hodnocení:

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

Efekt: úplný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 8.1. 2011)

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

Hodnocení:

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

Efekt: úplný

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

Cíl:

- pacientka je srozuměna s vizuální změnou, do 1 měsíce

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

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

Intervence: (6.1 – 10.1. 2011)

- seznámit pacientku s jejím stavem, primární sestra, do 2 hodin
- vysvětlit pacientce, jak bude probíhat její léčba, primární sestra, do 6 hodin

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

Realizace:

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

Hodnocení:

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

Efekt: úplný

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

Cíl:

- pacientka neaspirovala tekutiny po celou dobu hospitalizace

Priorita: vysoká

Intervence:

- pouč pacientku o následcích aspirace, primární sestra, do 2 dnů
- zajisti logopedické cvičení pro nácvik polykání, primární sestra, do 1 dne

- pouč pacientku o nutnosti dohledu při nácviku polykání, primární sestra, do 6 hodin
- o případné aspiraci neprodleně informuj lékaře, sestra ve službě, kdykoliv
- pouč pacientku o signalizačním zařízení, primární sestra, ihned

Realizace: (6.1 – 9.1. 2011)

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

Hodnocení:

Po dobu hospitalizace u pacientky nedošlo k aspiraci tekutin.

Efekt: úplný

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

Cíl:

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

Priorita: vysoká

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 8.1. 2011)

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

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k pádu po celou dobu hospitalizace.

Efekt: úplný

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

Cíl:

- pacientka neprojevuje žádné známky infekce po celou dobu hospitalizace

Priorita: vysoká

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 8.1. 2011)

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



Hodnocení:

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

Efekt: úplný

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

Cíl:

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

Priorita: střední

Intervence:

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

Realizace: (6.1 – 8.1. 2011)

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

Hodnocení:

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

Efekt: úplný

## **2.4. EDUKACE**

### **2.4.1. Edukační list**

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

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

### **2.4.2. Edukační záznam – realizace**

Edukační potřeba v oblasti – Poznávání

Téma edukace – Prevence opakování další CMP

Forma edukace – Verbální

Reakce na edukaci – Dotazy, verbální pochopení

Doporučení – Edukace rodiny

Příjemce edukace – Pacientka, její syn

Edukaci provedla – Primární sestra

### **2.4.3. Edukační plán**

#### **- Cíl edukačního plánu**

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

#### **- Význam**

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

#### **- Postup při zaškolení pacientky**

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

## **2.5. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

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

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

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

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

Pacientce byla doporučena následná fyzioterapie a logopedická rehabilitace.

### 3. ZÁVĚR

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

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

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

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

Na základě vlastních zkušeností, získaných na neurologickém oddělení VFN v Praze a studií odborné literatury předkládám **doporučení pro praxi** :

- na prvním místě jsou lidský přístup, respekt, empatie, trpělivost při poskytnutí péče
- důležitý je holistický pohled na pacienta, porozumění jeho potřebám

- dodržování všech fází ošetrovatelského procesu, čímž sestra dělá svou práci smysluplnou, logickou a plní všechny zákonné povinnosti vůči pacientovi
- edukace pacienta a jeho rodiny o možnostech ovlivnění CMP, dodržováním vhodné životosprávy a pohybového režimu
- poskytnutí pacientovi a jeho rodině informací o poradnách, rehabilitačních a lázeňských zařízeních
- zvýšení informovanosti veřejnosti o onemocnění CMP formou individuální komunikace, letáků, brožur, internetových adres
- celoživotní vzdělávání v oblasti nových poznatků v léčbě a péči o neurologicky nemocné (kurzy, semináře, přednášky)

## 4. ZDROJE

### 4.1. LITERÁRNÍ ZDROJE

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

14. WASSERBAUER, S. 2003. *Výchova ke zdraví* . Jihlava, SZÚ, 2003, ISBN 80-7071-172-8
15. DOENGES, M. E, MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha, Grada , 2001, ISBN 80-247-0242-8

## 4.2. INTERNETOVÉ ZDROJE

Zentiva a.s. Cévní mozková příhoda [online]. Zentiva a.s, 2008 [cit. 2009-01-11].

Dostupný z URL:

<https://www.zdravcentra.cz> ISSN: 1214-32.

Český statistický úřad [online]. Praha : ČSÚ, 2007 , 12.2.2009 [ 2009-02-12].

Dostupný z URL:

<http://www.czso.cz/csu/>

Časopis Pharma news Praha [online].

Dostupný z URL:

[www.pharmanews.cz/2005\\_06/cevni.htm](http://www.pharmanews.cz/2005_06/cevni.htm)

ÚSZS SK Záchraná služba Příbram (c) , [online].

Dostupný z URL:

[www.zzs.cz/odbtem/cmp.htm](http://www.zzs.cz/odbtem/cmp.htm)



## **5. POUŽITÉ TABULKY**

Tabulka č. 1 – Koagulační laboratorní vyšetření .....	26
Tabulka č. 2 – Biochemické laboratorní vyšetření.....	26
Tabulka č. 3 - Hematologické laboratorní vyšetření.....	27
Tabulka č. 4 - Barthelové test všedních denních činností.....	58
Tabulka č. 5 - Riziko vzniku dekubitů: (dle Nortonové).....	60

## 6. PŘÍLOHY

### 6.1. PŘÍLOHA Č. 1 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 4 - Barthelové test všedních denních činností

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

**Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech.**

0 – 40 bodů = vysoký stupeň závislosti

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehký stupeň závislosti

100 bodů = nezávislý

Vyšetření provedl (a): Primární sestra

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

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

Při přijetí na standardní oddělení je součet dle Northonové 21 bodů

## 6.2. PŘÍLOHA Č. 2 SEZNAM ZKRATEK

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

PDK	pravá dolní končetina
Na	sodík
K	draslík
Cl	chlor
TT	tělesná teplota
BMI	Body Mass Index – index tělesné hmotnosti
SpO2	saturace krve kyslíkem