

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U KLIANTA
S HLUBOKOU MOZKOVOU STIMULACÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARKÉTA HROUZKOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Martina Bočková

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31.05. 2012

Podpis:.....

ABSTRAKT

HROUZKOVÁ, Markéta. *Komplexní ošetrovatelská péče u klienta s hlubokou mozkovou stimulací*. (Bakalářská práce). Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Martina Bočková. Praha 2021. s. 61.

Tématem bakalářské práce je aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta po hluboké mozkové stimulaci. Práce je rozdělená na dvě části. První část se skládá ze tří kapitol. První kapitola se zabývá anatomíí nervové soustavy. Druhá kapitola popisuje Parkinsonovu chorobu, její historii, etiopatogenezi, klinický obraz, diagnostiku a typy léčby. Poslední kapitola charakterizuje hlubokou mozkovou stimulaci a její princip.

Praktickou část práce tvoří aplikace ošetrovatelského procesu u pacienta po hluboké mozkové stimulaci. Pacient byl přeložen z neurochirurgického oddělení za účelem stimulace a rehabilitace po výkonu. Ošetrovatelský proces byl realizován v průběhu hospitalizace na neurologickém standardním oddělení.

Závěrem bakalářské práce jsou doporučení pro praxi a celkové vyhodnocení práce.

Klíčová slova

Hluboká mozková stimulace. Ošetrovatelský proces. Parkinsonova choroba.

ABSTRACT

HROUZKOVÁ, Markéta: *Comprehensive nursing care of client with deep brain stimulation*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Martina Bočková. Praha. 2012. 61 p.

The theme of the thesis is the application of nursing process in a patient after deep brain stimulation. The work is divided into two parts. The first part consists of three chapters. The first chapter deals with the anatomy of the nervous system. The second chapter describes Parkinson's disease, its history, etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis and treatments. The last chapter characterizes deep brain stimulation and its principle.

The practical part forms part of using of nursing process in a patient after deep brain stimulation. The patient was transferred from the neurosurgery ward to stimulate and rehabilitate after surgery. Nursing process was realized during hospitalization on a standard neurological ward.

The conclusion of the thesis are recommendations for practice and the overall assessment of the work.

Keywords

Deep brain stimulation. Nursing process. Parkinson's disease.

PŘEDMLUVA

Tato práce se zaměřuje na oblast mi velice blízkou, protože pracuji na neurologickém oddělení v Brně, kde se skoro stále pořád setkám s pacienty, kteří onemocněli Parkinsonovou chorobou. Bývají to pacienti jak starší, tak ve stále více případech jsou to lidé mladí.

Většina pacientů s touto nemocí bývá hospitalizována na lůžkových odděleních neurologie, kde se podrobují jak základní diagnostice onemocnění, tak léčbě a hlavně velice důležité rehabilitaci.

Chtěla jsem upozornit na průběh a závažnost onemocnění, mým cílem bylo také přiblížit ošetrovatelskou péči u těchto pacientů formou ošetrovatelského procesu, který zahrnuje stručnou charakteristiku onemocnění u daného pacienta, posuzování zdravotního stavu, formulování ošetrovatelských diagnóz, cílů, výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských intervencí, realizaci a vyhodnocení.

Práce je určena především pro zdravotníky, hlavně všeobecné sestry na neurologických odděleních. Může být také inspirativní pro parkinsoniky, hlavně jejich rodiny a známé, aby si mohli udělat obrázek o tomto onemocnění a způsobech jeho léčby.

Výběr tématu práce byl ovlivněn mou pracovní činností na neurologické klinice. Při psaní práce jsem využila odborné literatury a dokumentů v elektronické podobě.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Martině Bočkové za podnětné, cenné rady a podporu, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Mé poděkování patří také vrchní sestře I. Neurologické kliniky Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně, paní Marii Dračkové, za umožnění poskytnutí ošetrovatelské dokumentace, kterou jsem použila při zpracování bakalářské práce.

OBSAH:

ABSTRAKT

ABSTRACT

PŘEDMLUVA

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Úvod	13
1 Anatomie centrální nervové soustavy	15
1.1 Části mozku	15
1.2 Anatomie a fyziologie extrapyramidového systému.....	16
1.2.1 Bazální ganglia.....	16
2 Parkinsonova choroba	18
2.1 Statistika onemocnění	19
2.2 Etiopatogeneze Parkinsonovy choroby.....	19
2.3 Klinický obraz Parkinsonovy choroby.....	19
2.3.1 Hypokineze	20
2.3.2 Tremor.....	20
2.3.3 Rigidita.....	21
2.3.4 Vegetativní poruchy	21
2.3.5 Psychické poruchy	21
2.4 Diagnostika Parkinsonovy choroby	22
2.4.1 Pomocná vyšetření	22
2.4.2 Sekundární syndromy a Parkinsonova choroba.....	23
2.5 Farmakologická léčba Parkinsonovy choroby.....	23
2.5.1 L – DOPA	25
2.5.2 Agonisté dopaminu	25
2.5.3 Inhibitory MAO – B selegilin	25
2.5.4 Amantadin.....	25
2.5.5 Anticholinergika.....	26
2.6 Chirurgická léčba Parkinsonovy choroby	26

3	Hluboká mozková stimulace	27
3.1	Kandidáti pro DBS.....	27
3.2	Princip funkce DBS	28
3.2.1	Příznaky, které DBS zlepšuje.....	28
3.2.2	Příznaky, které DBS nezlepší.....	28
3.3	Průběh operace.....	29
3.3.1	Rizika operace	29
3.3.2	Dostavení účinku DBS.....	29
4	Ošetrovatelský proces.....	30
4.1	IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	30
4.2	ANAMNÉZA.....	32
4.3	POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 20.2.2012.....	37
4.4	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:	46
	Ordinovaná vyšetření:	46
4.5	SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 20.2.2012	48
4.5.1	Ošetrovatelské diagnózy ze dne 20.2.2012	48
4.6	Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz	50
	Ošetrovatelská diagnóza aktuální	56
4.7	Celkové zhodnocení.....	59
4.8	Návrhy a doporučení pro praxi	59
5	ZÁVĚR.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APO	apomorfin
BMI	body mass index
BML	bezmléčná
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
cps.	capsle
CT	computerová tomografie
ČR	Česká republika
D	dech
DBS	Deep Brain Stimulation
DKK	dolní končetiny
EKG	elektrokardiografie
FF	fyziologické funkce
FN USA	fakultní nemocnice u svaté Anny
FYZ.	fyzioterapeut
g	gram
GIT	gastrointestinální trakt
gtt.	kapky
HKK	horní končetiny

Hg	rtuť
kg	kilogram
L	lékař
L-DOPA	levodopa
LHK	levá horní končetina
mg	miligram
MRI	magnetická rezonance
NUE	neurologie
oš.	ošetřovatelka
P	puls
PCH	Parkinsonova choroba
PET	pozitronová emisní tomografie
plv.	pulver
RČ	rodné číslo
RHB	rehabilitace
S	sestra
tbl.	tablety
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
zap.	zapsala

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Alzheimerova choroba	choroba mozku charakteristická úbytkem duševních schopností
Anestezie	znecitlivění
Antiparkinsonika	léky užívané k léčbě parkinsonismu
Ascendentní	vzestupný
Asymetrie	nepřítomnost
Atetóza	pomalé kroutivé pohyby končetin a trupu
Balismus	prudké mimovolní pohyby celých končetin
Bazální ganglia	jádra šedé hmoty v mozku
Benigní hyperplazie prostaty	nezhoubný nádor prostaty
Descendentní	sestupný
Dyskineze	porucha souhry normálních pohybů
Dopamin	chemická látka přirozeně vznikající
Epithalamus	mezimozek
Hypertenze	vysoký krevní tlak
Hypokineze	pohybová chudost
Cholecystektomie	odstranění žlučníku
Iatropatogenie	zhoršení stavu nemocného v důsledku negativního působení zdravotníka

Meteorismus	plynatost
Myoklonie	záškuby ve svalech
Neurokranium	mozkovna
Neuron	nervová buňka
Neurotransmitter	přenašeč
Neverbálně	mimoslovně
Patologie	je věda zabývající se studiem a diagnostikou nemocí a poruch živých systémů
Perfúze	průtok tekutin určitým prostředím
Per os	ústy
Rigidita	ztuhlost
Subthalamus	přední mozek
Syndrom	soubor příznaků
Thalamus	mezimozek
Transfúze	převod krve
Tremor	třes
Varix	žilní městek
Verbálně	slovně

ÚVOD

V průběhu života se člověk ocitne v různých situacích, na které se nemůže nikdy připravit. Jednou z nich je nemoc. Člověk si nikdy nemoc nevybírání, naopak choroba si vybírá člověka a mnohdy změni celý život, kdy nemocný je nucen přehodnotit celý svůj život.

Nemoc má různé stránky. Někdy vzniká, postupně se vyvíjí, mění, různě dlouho trvá, pokračuje nebo končí. Velkým globálním problémem jsou onemocnění dlouholetá a trvalá, než akutní. Mezi chronické pacienty můžeme taktéž zařadit pacienty s parkinsonismem. V každém případě může být toto onemocnění velkým zásahem do života pacienta, který mnohdy narušuje nejen pracovní, společenské vztahy, ale hlavně rodinu a tím se změni kvalita jeho života. Parkinsonici jsou pacienti většinou neurologických klinik.

Parkinsonova choroba je chronické, postupně se rozvíjející onemocnění, které nelze vyléčit. Jde je však léčit, tj. potlačit či zmírnit příznaky nemoci, a to dlouhodobě. Tato choroba přináší postupem času pacientům různá nepříjemná omezení a obtíže, obvykle však nezkracuje délku života pacienta. Veškeré obtíže, které jsou v této práci popsány se nemusí objevit u každého pacienta, průběh nemoci je vždy velmi individuální (ROTH, 2009).

Hluboká mozková stimulace je druh chirurgického léčebného postupu, kdy se do mozku implantují elektrody, které vyšlou do určité specifické části mozku impuls. Hluboká mozková stimulace byla schválena jako léčba základního třesu v roce 1997, pro Parkinsonovu chorobu v roce 2002 a pro léčbu dystonie v roce 2003. Mозková stimulace byla používána i k léčbě depresí.

Hlubokou mozkovou stimulací jsou úspěšně léčeni pacienti s Parkinsonovou nemocí po celém světě, nicméně touto metodou nelze onemocnění zcela vyléčit a některé příznaky jsou touto léčbou stále neovlivnitelné.

Bakalářská práce nabízí pohled na problematiku onemocnění, seznamuje nás s historií tohoto onemocnění, zahrnuje informace o výskytu, statistice onemocnění, klinickém obrazu a o léčbě parkinsonovy choroby. Je tu popsána i hluboká mozková stimulace. Obsahem praktické části je zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s Parkinsonovou chorobou se zavedenou mozkovou stimulací.

Chtěla bych touto prací, problematiku ošetrovatelské péče o pacienty s parkinsonem věnovat především neurologickým, ale i ostatním všeobecným sestřím. Hlavním cílem práce je obeznámit všeobecné sestry z různých oborů se základními informacemi o poměrně známém onemocnění Parkinsonova choroba, ale hlavně o méně známe hluboké mozkové stimulaci. Seznámit je, co péče o tyto nemocné obnáší a s čím se mohou kdykoli setkat v jakémkoli zdravotnickém zařízení. Práce je taktéž určena pro parkinsoniky a jejich rodinu, která o ně pečuje.

1 ANATOMIE CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY

Mozek je řídicí orgán nervové soustavy. Lidský mozek má cca 100 miliard nervových buněk (neuronů) které vzájemně propojují tzv. synapse. 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. Mozek je uložen v lebeční dutině, ohraničen a chráněn kostmi neurokrania (mozkovny). Společně s míchou tvoří centrální nervovou soustavu, je chráněn soustavou plen, v lebeční dutině „plave“ v mozkomíšním moku, který je rozváděn soustavou mozkových komor. Centrální nervová soustava (dále jen CNS), se skládá z mozku (přední, střední a zadní) a míchy. 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).

1.1 Části mozku

Zadní mozek je nejstarší částí mozku, tvoří ho prodloužená mícha, Varolův most a mozeček.

Střední mozek (mesencephalon) zajišťuje souhru očí a pohyb hlavy za zvukem. Procházejí jím zprávy ze zrakového a sluchového ústrojí.

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.

Mezimozek je uložen blízko třetí mozkové komory a dělí se na thalamus, hypothalamus, epithalamus a subthalamus. 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.

Mozkové hemisféry se dělí na pravou a na levou, dále se ještě rozdělují do čtyř laloků, které jsou pojmenovány podle lebečních kostí, které je překrývají.

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. Mozkomíšní mok má být čirá a bezbarvá tekutina; jeho zbarvení je příznakem nemoci.

Thalamus přijímá senzorické signály kromě čichových. Je součástí mezimozku, nachází se v hloubi hemisféry a je tvořen párovými útvary šedé hmoty. 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:

Mozeček je uložen v zadní části mozku. Udržuje rovnováhu, vzpřímený postoj a koordinuje pohyby. Jeho činnost je zcela podvědomá, tedy nevíme o ní. Má dvě hemisféry propojené červem mozečkovým, obsahuje Purkyňovy buňky (CORDELIA, 2009).

1.2 Anatomie a fyziologie extrapyramidového systému

Podle základní představy zajišťuje extrapyramidový systém (bazální ganglia, jejich spoje, kmenová jádra, navazující ascendentní a descendentní dráhy) základní posturální mechanismy a pohybové automatismy. Za volní pohyby odpovídá pyramidový systém. Pro správný volní i automatický pohyb je však nutná dokonalá souhra obou systémů (AMBLER, 2004).

1.2.1 Bazální ganglia

Mezi bazální ganglia patří nukleus caudatus, nukleus lentiformis, claustrum a corpus amygdaloideum.

- *nucleus caudatus* – je ventrálně kyjovitě rozšířen v caput nucleii caudati, dorzálně se ztenčuje v obloukovitý výběžek;
- *nucleus lentiformis* – je uložen zevně od capsula interna. Nepřiléhá nikde ke komorové dutině, je zcela ponořen do bílé hmoty hemisféry;
- *claustrum* – je úzká ploténka šedé hmoty uložená při zevní ploše nc. lentiformis a zevně se promítající proti kůře insuly;
- *corpus amygdaloideum* – je ponořeno ve spánkovém laloku při spodním rohu postranní komory, těsně před koncem cauda nucleii caudati

Bazální ganglia přijímají informace o stavu motorických efektorů a korové podněty. Pomocí zpětnovazebních spojů nastavují výkonné korové a spinální oblasti na optimální úroveň aktivace. V oblasti hybnosti je zřejmě prioritou bazálních ganglií výběr vhodných a inhibice nevhodných pohybových vzorců a synergistů (BERGER, 2000., NEVŠÍMALOVÁ, 2002).

2 PARKINSONOVA CHOROBA

Parkinsonova choroba (dále jen PCH) je neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy, které přímo souvisí s úbytkem nervových buněk v části mozku nazvané *Substantia nigra*. Tyto buňky za normálního stavu produkují dopamin, což je neurotransmitter (přenašeč), který zajišťuje přenos signálů mezi nervovými buňkami (neurony). Nedostatek dopaminu způsobuje, že pacient postupně není schopen ovládat nebo kontrolovat svůj pohyb. Parkinsonova choroba je známá již od starověku. Poprvé však byla popsána roku 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem. Větší riziko výskytu Parkinsonovy choroby se vyskytuje u mužů a žen nad 50 let. Budoucí výskyt Parkinsonovy choroby však nelze předpovědět. Dosud neexistují důkazy, které by vysvětlovaly výskyt tohoto onemocnění. Vědci se však kloní k teorii, že nemoc může být důsledkem genetických predispozic a vlivu vnějšího prostředí. Existují ovšem i případy, kdy se Parkinsonova choroba vyskytla i u lidí kolem 40. roku (např. herec Michael J. Fox) ve výjimečných případech i u mladších lidí.

Parkinsonova choroba je nejznámější chorobou ze skupiny extrapyramidových poruch.

V roce 1817 James Parkinson ve své knize „Esej o třaslavé obrně“ poprvé uceleně popsal, do té doby zřejmě velmi vzácné onemocnění, později známé jako Parkinsonova choroba.

Ve výzkumu PCH jsou důležitá data, která jsou zajímavá. V roce 1913 našel Lewy v mozcích zemřelých parkinsoniků typická tělíska, jež po něm byla pojmenována Lewyho tělíska. V roce 1958 Carlson objevil, že dopamin se objevuje ve velkém množství v bazálních gangliích. Na podkladě jeho práce se podařilo Ehringerovi a Hornykiewiczovi prokázat, že PCH je způsobena nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích. V závislosti na tomto objevu se Birkmayer ve Vídni pokusil ovlivnit PCH podáním L – DOPA (jedná se o prekurzor dopaminu). (BERGER, 2000., AMBLER, 2001., RŮŽIČKA, 2002).

2.1 Statistika onemocnění

PCH je jedno z nejčastějších chronických neurodegenerativních onemocnění dospělého věku. V rozvinutých zemích postihuje 1 – 2 osoby z tisíce, ve věku nad 60 let až 1 ze 100.

PCH tvoří asi 80 % všech případů parkinsonského syndromu. Přibližně dalších 10 % představují symptomatické parkinsonské syndromy provázející jiná postižení mozku, například cévní onemocnění nebo polékové poruchy. Posledních 10 % je tvořeno dalšími degenerativními onemocněními, které se vyznačují mimo jiné i příznaky parkinsonského syndromu. Jsou to supranukleární obrna, chorea, atetóza, balismus, myorytmie, moklonie nebo Alzheimerova choroba s extrapyramidovými rysy (ROTH, 2009).

2.2 Etiopatogeneze Parkinsonovy choroby

Příčina degenerace je nejasná, ale prokazuje se možný podíl mechanismů exotoxických, endotoxických a genetických.

Příčiny choroby dosud nejsou známe, ale genetická predispozice je u některých pacientů zřejmá (RŮŽIČKA, 2000).

2.3 Klinický obraz Parkinsonovy choroby

PCH je určována kombinací tří příznaků a to hypokineze, rigidita a tremor. Jejich nástup je různý a intenzita také. Ne všechny příznaky musí být vyjádřeny. U většiny případů je začátek onemocnění nenápadný, jedná se především o bolesti ramen, zad, pocit únavy a nevykonnosti, poruchy spánku, pocit tíže DKK, tichý a monotónní hlas. Základní příznaky se velice často objeví až po několika měsících či let.

U nemocných s PCH dochází po letech k pozdním komplikacím, které souvisí s postižením dalších systémů (MUMENTHALER, 2001., ROTH, 2009., RŮŽIČKA, 2002).

2.3.1 Hypokineze

Je to nejcharakterističtější příznak poruchy bazálních ganglií. Manifestuje se výraznou chudostí obličeje – hypomimií, zpomalení účelových volných pohybů či snížením vymizení souhybu končetin při chůzi.

Mezi časné příznaky patří hypomimie, kdy dochází k jejímu stupňování až k amimii, kdy obličej neodráží žádné reakce.

U pacientů je nápadné vymizení gestikulace, obtížné vstávání ze židle a otáčení na místě, zpomalení chůze a řeči a obtížné překračování překážek. Typické je ztížení startu zamýšleného pohybu, postižený neví jak pohyb začít. Když se dá do pohybu, dělá cupitavé krůčky a po chvíli se rozejde, nejdříve nestabilně, poté jistěji, ale stále drobnými kroky. Pokud na něj při chůzi někdo hlasitě promluví nebo narazí na nějaké i drobné překážky, tak ztrácí rytmus a opět cupitá nebo se zastaví.

Ve spánku má nemocný podobné potíže, nemůže změnit polohu a ráno mívá problém vstát. Obvyklé jsou i potíže při stožení a chůzi, pacient se náhle rozběhne drobnými krůčky ve směru vychýlení svého těžiště. A to jak dopředu, dozadu nebo do boku. Pacient často padá bez zábránové reakce (AMBLER, 2004., ROTH, 2009).

2.3.2 Tremor

Třes končetin či ztuhlost některé z nich pacienta přivádí k lékaři. Tremor se může objevit na začátku nemoci jen za určitých okolností. Pokud tremor postihne pravou ruku u praváka, tak si při psaní může všimnout rozřeseného písma a písmena, zejména na konci věty, jsou menší než byla dříve. Pacient si třesu všimá především v klidové poloze, poté co začne nemocný s končetinami hýbat, tak třes ustává nebo se jen zmírní. Bývá také znát při chůzi.

Třes mívá kolísavou intenzitu. Při projevech strachu, nervozity či radosti se zvyšuje. Ve spánku nebývá vůbec. Postihuje častěji HKK než DKK a to buď jen na jedné straně nebo asymetricky na obou končetinách. Vzácně se může objevit na hrudních svalech, jazyku nebo na rtech (JEDLIČKA, 2005., REKTOR, 2003).

2.3.3 Rigidita

Projevuje se zvýšením svalového tonu, zejména flexorů, ale i extenzorů, což je následek flekčního držení trupu a končetin. Stupeň rigidity jde testovat vyšetřením elementárních reflexů posturálních, které jsou zvýšené až do tzv. fenoménu ozubeného těla (ROTH, 2009).

2.3.4 Vegetativní poruchy

Jde o zvýšenou sekreci slin, potu, slz a kožního mazu, nejvíce v obličeji. U některých nemocných může docházet k poruchám krevního oběhu a dýchání. Mohou být sníženy nebo naopak zvýšeny sexuální funkce. Časté bývají i poruchy při vyprazdňování moče a stolice.

Nemocní mívají zažívací potíže (poruchy polykání, snížená motilita GIT a zácpa), (ROTH, 2009).

2.3.5 Psychické poruchy

Tyto poruchy jsou u PCH velice časté. Nejdříve se jedná o celkovou slabost a únavu, psychickou labilitu a poruchy spánku. Častá je také ztráta sebevědomí.

Závažným problémem jsou deprese, které patří k nejčastější komplikaci PCH. V popředí bývá úzkost, rozladěnost, podrážděnost, rozhněvanost a pesimistický výhled do budoucnosti. Časté jsou i pocity viny, poruchy vnímání a sebevražedné pokusy. Jen malá část nemocných mívá úbytek intelektu. Někteří pacienti mohou působit na své okolí duševní nedostatečností (ROTH, 2009).

2.4 Diagnostika Parkinsonovy choroby

U pacienta, u kterého vzniklo podezření na PCH, se úsilí zaměřuje na potvrzení nebo vyloučení této diagnózy a odlišení jiných příčin parkinsonského syndromu.

Diagnostika je odkázána jen na klinických projevech a neexistuje žádný specifický laboratorní nebo biologická hodnota, která by PCH potvrdila. Patologické změny bazálních ganglií bývají dříve než dojde k manifestaci nemoci. Proto začátek bývá pomalý a nenápadný, že ani sami pacienti nedokáží určit počátek onemocnění.

Důležité je vyšetřit hypokinezi, např. poklepávat palcem a ukazováčkem proti sobě na horní končetině nebo rytmicky poklepávat dolní končetinou.

Velice přínosný je test udržení rovnováhy – nemocný by měl být schopen udržet rovnováhu poté, co je postrčen dozadu lehkým úderem do sternu.

Potvrzení diagnózy PCH mohou dopomoci některé typické rysy jednotlivých příznaků a reakce na dopaminergní léčbu (L – DOPA, levodopa test).

Diagnóza je potvrzena, objeví – li se současně nejméně tři z uvedených kritérií:

- asymetrický začátek,
- klidový třes,
- perzistující asymetrie, těžší nálezy na straně, která byla postižena jako první,
- dobrá odpověď na L – dopu,
- přetrvávající odpověď a L – dopu po pěti letech,
- L – dopu indukované choreatické dyskineze,
- trvání nemoci více než 10 let (REKTOR, 2003).

2.4.1 Pomocná vyšetření

- zobrazovací metody – CT, MRI;
- elektrofyzilogické metody,
- L – dopa test – podání apomorfínu,

- PET (Pozitronová emisní tomografie) – umožňuje rozpoznat nemoc ve středním věku (REKTOR, 2003).

Apomorfinový test

Apomorfin (dále jen APO) je agonista s přímým účinkem na receptory. APO se po subkutánním podání vyznačuje velice rychlým nástupem (5 – 15 minut), mohutností a krátkým trváním účinku (45 – 60 minut).

Premedikace domperidonem (Motilium 3x2 tbl. po 2 dny před testem a tak, aby poslední 2 tablety byly podány ½ hodiny před dávkou APO, což zabrání nesnesitelným nevolnostem a poklesu tlaku. Test provádíme za hospitalizace, která je výhodná i pro nutnost vysazení dopaminergní léčby, obvykle na 12 hodin. APO podáváme v dávce 50µg na kg hmotnosti, tj. 3,5 mg u pacienta vážícího 70 kg, což představuje 0,35 ml 1 %roztoku APO (Britaject) s.c. Odpověď se hodnotí opakovaným vyšetřením podle příslušné motorické škály a případným některým z dalších motorických testů. Za pozitivní se považuje pokles skóre nebo zrychlení v motorických testech alespoň o 25 % (RŮŽIČKA, 2000).

2.4.2 Sekundární syndromy a Parkinsonova choroba

Diferenciální diagnostika mezi PCH a sekundárními parkinsonskými syndromy bývá obtížná. U PCH musí být splněny 2 ze 3 hlavních symptomů. Pokud, ale narazíme na příznaky jiné než jsou pro PCH typické, musíme uvažovat nad jinou diagnózou.

PN bývá často zaměňována s difúzní mozkovou vaskulopatií a Alzheimerovou demencí, hlavně pokud je spojena s extrapyramidovými příznaky (RŮŽIČKA, 2002).

2.5 Farmakologická léčba Parkinsonovy choroby

V dnešní době neexistuje žádný léčebný postup, který by zastavil neurodegenerace a progresi PCH. Symptomy onemocnění lze však dlouhodobě zmírňovat symptomatickou terapií. K optimálnímu léčebnému působení u PCH nestačí

užívat léky, ačkoli mnozí pacienti by takové řešení rádi považovali za dostatečné. Úspěšnější je léčení, které se kombinuje užíváním léků s dalšími postupy. Nedílnou součástí péče o pacienty jsou režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová redukce. Velkou roli hraje i léčba neurochirurgická, která pomáhá v určitých případech, kde jsou ostatní postupy málo účinné (ROTH, 2009).

Nesmírně důležitá je velká podpora pacienta od rodiny a jeho blízkých, kteří svým chápavým a poučným přístupem mohou nemocnému dopomoci překonávat nejrůznější překážky a problémy spojených s nemocí (ROTH, 2009).

Pacienti s PCH se léčí u specialisty v oboru neurologie. Bývá nutné, aby stav sledoval v časových odstupech. Na začátku onemocnění stačí kontroly s odstupem 6 měsíců, později je nutné navštěvovat specialistu častěji. Ve velkých zdravotnických zařízeních se vytvořily týmy specialistů, kteří jsou zaměřeni na péči o nemocné s PCH a s dalšími příbuznými chorobami ze skupiny tzv. extrapyramidových poruch a na onemocnění s abnormálními pohyby (ROTH, 2009).

Skupinu antiparkinsonik (látek určených pro léčbu PCH), lze rozdělit takto:

- základní léky – nahrazují chybějící dopamin
 - levodopa
 - agonisté dopaminu
 - přídatné léky – mění metabolismus levodopy a dopaminu, nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů
 - inhibitory monoaminoxidázy typu B (MAO-B) – selegilin, rasagilin
 - inhibitory katechol-O-methyltransferázy (COMT) – entekapon, tolkapon
 - amantadin
 - anticholinergika
- pomocné léky – ovlivňují vedlejší příznaky a komplikace
 - domperidon, antidepressiva, anxiolytika, sedativa a hypnotika, inhibitory bitory acetylcholinesterázy (kognitiva), atypická neuroleptika aj. (ROTH, 2009).

2.5.1 L – DOPA

L – DOPA je biologický prekurzor dopaminu. Léčba L – dopou začíná až když léčba jinými antiparkinsoniky nestačí kompenzovat pohybový deficit. U pacientů s PN potlačuje zejména základní příznaky onemocnění, tj. zpomalenost a omezení pohybů (bradykinezi, hypokinezi), svalovou ztuhlost (rigiditu) a třes (tremor). Levodopu u zeleného zákalu (glaukomu) s uzavřeným úhlem, je podávání zakázáno (ROTH, 2009).

2.5.2 Agonisté dopaminu

Je skupina látek, které působí přímo na postsynaptické dopaminové receptory ve striátu. Hlavní využití je u pacientů trpících komplikacemi pokročilé PCH – fluktuacemi hybnosti a polékovými dyskinezemi. Oproti levodopě je nástup účinku agonistů dopaminu pomalejší a někdy nebývá tak vydatný. Potenciální závažnou komplikací všech agonistů dopaminu je nadměrná denní spavost či dokonce náhlé usínání bez předchozího varování při činnostech, které vyžadují bdělost (řízení auta apod.), (ROTH, 2009).

2.5.3 Inhibitory MAO – B selegilin

Působí blokádu jednoho z enzymů odbourávajících v mozku dopamin. Při kombinaci s levodopou se prodlužuje její účinnost (ROTH, 2009).

2.5.4 Amantadin

Podává se v počáteční fázi PN pro své příznivé účinky na první příznaky nemoci. Amantadin působí na mozek různými mechanismy a nepřímo zvyšuje množství dopaminu v nervových spojích (ROTH, 2009).

2.5.5 Anticholinergika

Ovlivňují hlavně tremor, méně rigiditu a skoro vůbec nepůsobí na bradykinezi. Užívají se hlavně v počátečních stádiích nemoci. Působení anticholinergik může vést k poruchám zraku (ROTH, 2009).

2.6 Chirurgická léčba Parkinsonovy choroby

Protože současná farmakologická léčba není dostačující, proto se zvyšuje zájmeno chirurgickou léčbu.

Jsou 3 možnosti chirurgické léčby u PCH:

- Léze – hlavně thalamotomie a pallidotomie
- Hluboká mozková stimulace
- Transplantace fetální nigrální tkáně do striata – tato léčba je prozatím ve fázi výzkumu a provádí se jen u několika pacientů, u kterých selhala farmakologická léčba (ROTH, 2009).

Thalamotomie – zničí se část nervové tkáně nazývané thalamus. Provádí se u pacientů trpících tremorem rukou nebo nohou. Tento zásah ovšem neovlivní ostatní příznaky PCH.

Pallidotomie – provádí se jen u pacientů s agresivním průběhem PCH nebo u nemocných nereagujících na žádná léčiva. Při pallidotomii se do lebky udělá malý otvor, jímž se protáhne elektrická sonda. Touto sondou se zničí malá část nervové tkáně nazývané bledé jádro (globus pallidus), o němž je většina odborníků přesvědčena, že při Parkinsonově chorobě je nadměrně aktivní. Pallidotomie je zejména účinná pro omezení dyskinezi způsobené léčivou (<http://natura.baf.cz/natura/2005/7/20050701.html>).

3 HLUBOKÁ MOZKOVÁ STIMULACE

Hluboká mozková stimulace nebo - li Deep Brain Stimulation (dále jen DBS), je osvědčená metoda léčby příznaků PN. Samotné onemocnění se, ale bohužel nevyлéčí. Zákrok spočívá v implantaci velmi tenké elektrody do části mozku zvané globus pallidus nebo do subthalamického jádra. Slabé elektrické impulsy ze zařízení, které se podobá srdečnímu pacemakeru, stimulují mozek a blokují nervové signály způsobující příznaky Parkinsonovy choroby a tím zlepšují motorické funkce. Přestože tato metoda je relativně nová, má poměrně slibné výsledky. Thalamická stimulace je účinná zejména pro odstranění tremorů (http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Parkinsonova_nemoc&oldid=8212117).

Tato metoda se při léčbě PCH používá již více než 10 let a na celém světě byla DBS zavedena u několika tisíc nemocných (ROTH, 2009).

3.1 Kandidáti pro DBS

DBS se osvědčila u pacientů v pokročilých stádiích PCH, kteří jsou omezeni těžkým kolísáním stavu hybnosti a většinou i mimovolními pohyby po dávkách léků. Při kolísání dochází k výpadkům hybnosti, kdy nemocný není schopen vykonávat běžné denní činnosti a mívá potíže při sebeobsluze. Tato metoda je vhodná pouze v určitých přesně vymezených případech PCH. Pro úspěch stimulace je důležitá odpověď hlavních příznaků PN na dávku léku obsahující levodopu (Isicom, Madopar, Nakom, Sinemet).

- Pacienti s pokročilou PN
- Vyčerpání možnosti terapie pomocí léků
- Pozdní hybné komplikace ovlivnitelné operací
- Nepřítomnost poruchy psychiky
- Celkově dobrý stav pacienta
- Spolupráce pacienta a rodiny
- Trpělivost, souhlas s operací (zapojení pacienta)

3.2 Princip funkce DBS

V důsledku nedostatku dopaminu dochází u PCH ke snížené funkci některých oblastí mozku, ale také ke zvýšení aktivity v jiných oblastech.

Vlivem DBS se abnormální aktivita tlumí a tím se upravuje činnost okruhů řídících hybnost a zmírňují se příznaky PCH.

Stimulační souprava se skládá z elektrody zavedené do mozku a kabelem pod kůži propojené s vlastním stimulátorem, který je vložen pod kůži na hrudníku pod klíční kostí. Elektroda je zavedena malým otvorem v lebeční kosti, se kterou je pevně spojena, aby nemohlo dojít k jejímu posunu z optimální polohy. Na konci elektrody se vysílají elektrické impulsy o frekvenci 130 Hz nebo vyšší. Amplituda impulsů je obvykle mezi 1,5 a 3,5 V, prochází však jen velmi nízký proud 20 – 40 mikroampérů (ROTH, 2009).

3.2.1 Příznaky, které DBS zlepšuje

Dobře na stimulaci reaguje třes, pohybové zpomalení a svalová ztuhlost. Z poruch chůze a další příznaky se zmírní pouze ty, které se lepší i po levodopě.

Účinky levodopy, které u pokročilé PCH kolísají v závislosti na dávkách, tak efekt DBS je dlouhodobý a trvalý. Správně nastavená stimulace nevyvolává dyskineze. DBS umožňuje snížit, ba i dokonce vysadit medikaci, tím se také zmírní nebo až vymizí mimovolní pohyby, vyvolané levodopou.

Výše zmíněné změny a stabilizace stavu hybnosti vedou k podstatnému zlepšení kvality života a zpravidla k navrácení pacientovy samostatnosti (ROTH, 2009).

3.2.2 Příznaky, které DBS nezlepší

DBS neléčí PN, pouze mírní její příznaky. Obvykle špatně reagují na stimulaci poruchy rovnováhy a zárazy nohou při chůzi. Mohou se také zhoršit poruchy řeči a polykání, dále také poznávací funkce, paměť a myšlení (ROTH, 2009).

3.3 Průběh operace

Samotný operační výkon se skládá ze dvou časově oddělených fází.

1. fáze- zavedení elektrod do mozku, je tu nutná spolupráce s nemocným, nepoužívá se tedy celková anestezie. Pacienti se velice obávají bolesti, ale mozek samotný nebolí, protože neobsahuje receptory pro bolest, ty jsou jen v kůži, podkožní tkáni, lební kosti a mozkových plenách. Všechny tyto tkáně jsou na počátku operace znecitlivěny místním anestetikem. Během výkonu se průběžně testují účinky stimulace, kdy nemocný odpovídá na otázky a provádí pohyby podle požadavků lékaře.

2. fáze – implantace stimulátorů, ta se provádí s týdenním odstupem v celkové anestezii (ROTH, 2009).

3.3.1 Rizika operace

Jako při kterékoli operaci mozku jsou rizika, tak i při zavádění DBS nelze vyloučit jakékoli komplikace a rizika pro nemocného. Největším nebezpečím je krvácení do mozku, důsledky krvácení by mohly být jako při spontánní mozkové mrtvici a to poruchy řeči, zraku, pohybu, či smrt. Další komplikací může infekční zánět v okolí implantovaného materiálu (ROTH, 2009).

3.3.2 Dostavení účinku DBS

Účinek DBS se nedostaví ihned po operaci, ale až za několik týdnů, ba dokonce i za několik měsíců. Po operaci je nutné vyčkat alespoň 4 týdny, než se začne se stimulací, je to doba, která je vyžadována pro správné vhojení elektrod. Další několik týdnů trvá samotné nastavování stimulace a dávkování léků. Toto období je pro pacienta velmi obtížné, poněvadž v něm může dojít ke zhoršení stavu oproti předoperačnímu období, vyžaduje trpělivost pacienta, časté ambulantní kontroly a dobrou spolupráci s ošetřujícím lékařem (ROTH, 2009).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: W. K.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1941	Věk: 70 let
Adresa bydliště a telefon: vesnice (okres Opava)	
Adresa příbuzných: manželka, bydliště stejné	
RČ: 410715/xxx	Číslo pojišťovny: 205
Vzdělání: SOŠ Instalatér	Zaměstnání: starobní důchodce
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 20.2.2012	Typ přijetí: plánované
Oddělení: NEU standard	Ošetřující lékař: MUDr. Bočková

Důvod přijetí udávaný pacientem:

„Na neurochirurgii mi zavedli elektrody do mozku a teď mě přeložili k vám k rehabilitaci a nastavení stimulátoru DBS. Doufám, že se to podařilo a pomůže mi to k lepšímu životu s touto nemocí.”

Medicínská diagnóza hlavní:

Parkinsonova nemoc, rozvoj od roku 1999, úvodní manifestace akrálním třesem pravé horní končetiny, postupná progrese stavu, pozdní hybné komplikace

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze, medikamentózně kompenzovaná

Benigní hyperplazie prostaty

Stav po cholecystektomii, operace pupeční kýly v roce 2009

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 138/84 mm Hg - normotenze	Výška: 187 cm
P: 76/minutu - normokardie	Hmotnost: 101 kg
D: 16/minutu - eupnoe	BMI: 28,9 - obezita
TT: 36,6°C - afebrilní	Pohyblivost: pohyblivý, občas stavy zatuhlosti, mírný třes PHK
Stav vědomí: při vědomí, klidný, orientovaný	Krevní skupina: A Rh pozitivní

Nynější onemocnění:

Pacient byl přeložen z neurochirurgie po operaci se zavedením DBS pro Parkinsonovu chorobu, provedenou dne 18.2.2012. Operační zákrok (implantace DBS Stn l.dx. a implantace DBS Stn l.sin.) proveden bez komplikací, pacient pooperačně bez výraznějších potíží, subjektivně také bez nových obtíží, operaci zvládl dobře.

Informační zdroje:

Chorobopis, pacient, nemocniční informační systém.

4.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza

Matka: žije 91 let, s ničím závažnějším se neléčí

Otec: rovněž trpěl parkinsonismem, především třesem (počátek asi kolem 65 let), zemřel po CMP

Sourozenci: 1 sestra a 1 bratr, jsou zdraví, s ničím závažným se neléčí

Děti: 2 synové, starší syn se léčí s hypertenzí, mladší syn je zdrav

Osobní anamnéza :

Překonané a chronické onemocnění: medikamentózně kompenzovaná arteriální hypertenze, benigní hyperplazie prostaty

Hospitalizace a operace: stav po cholecystektomii, operace pupeční kýly v roce 2009. Opakované hospitalizace na neurologickém oddělení FN USA Brno

Úrazy: zlomenina pažní kosti LHK v dětství

Transfúze: neměl

Očkování: povinná očkování absolvoval dle očkovacího kalendář

Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Tenormin	tbl.	50 mg	1-0-0	antihypertenzivum
Tamsulosin Teva	cps.	0,4mg	1-0-0	antagonista alfa-adrenergických receptorů
Requip Modutab	tbl.	8mg	3-0- 0 po jídle	antiparkinsonikum
Stalevo	tbl.	150mg	7-10-13-16-19hod	antiparkinsonikum
Kalnormin	tbl.	1g	1-1-1	ionty
Anopyrin	tbl.	100mg	0-1-0	antiagregancia
Hypnogen	tbl.	10mg	0-0-0-1	hypnotikum
Algifen	gtt		30-30-30	analgetikum
Lactulóza	sirup	1 lžíce	dle ordinace lékaře	laxativum
Vulmizolin	plv.	1g	6-12-18-24	antibiotikum

Alergologická anamnéza:

Léky: Novalgin (exantém)

Potraviny: neudává

Chemické látky: neudává

Jiné: neudává

ABÚZY:

Alkohol: jen příležitostně

Kouření: nekuřák

Káva: 1x denně (ráno)

Léky: neudává

Jiné drogy: nikdy nebral ani nezkusil

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mužů)
Menarché: Cyklus: Trvání: Intenzita , bolesti: PM: A:	<i>Překonané urologické onemocnění:</i> Benigní hyperplazie prostaty

UPT:	
Antikoncepce:	
Menopauza:	
Potíže klimakteria:	
Samovyšetřování prsou:	<i>Poslední návštěva u urologa: prosinec 2011</i>
Poslední gynekologická prohlídka:	<i>Samovyšetřování varlat: moc neprovádí, jen když si vzpomene</i>

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 je

Vztahy mimo rodinu: sousedé jsou již starší, vychází s nimi dobře

Záliby: kutilství

Volnočasové aktivity: ve volných chvílích si rád vyjde do lesa na houby nebo si hraje s vnoučaty

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: starobní důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: jako instalatér pracoval 38let, v 58 letech nastoupil do invalidního důchodu a 60 letech do starobního důchodu

Ekonomické podmínky: oba už jsou s manželkou v důchodu, jejich společný příjem stačí na pokrytí všech výloh, jsou schopni i ušetřit

Spirituální anamnéza:

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

4.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 20.2.2012

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<p>„Bolesti hlavy mám teď po operaci.</p> <p>Nosím brýle na čtení.</p> <p>Se sluchem potíže nemám.</p> <p>Zuby mě nebolí, pravidelně chodím k zubnímu lékaři.“</p>	<p>Hlava: operační rána se stehy, sterilně kryta, normocefalický tvar, na poklep mírně bolestivá, hypomimie</p> <p>Tvář: bez otoku, symetrická</p> <p>Oči a zrak: bez výtoků, zornice modré, isokorické, fotoreakce na obou stranách stejná</p> <p>Uši a nos: bez patologie</p> <p>Ústní dutina: sliznice růžová, chrup umělý, čistý</p> <p>Krk: hybnost zachována</p>
Hrudník a dýchací systém	<p>„V klidu se mi dýchá dobře, při zátěži se občas zadýchám.“</p>	<p>Hrudník: souměrný, operační rána vlevo pod klíční kostí</p> <p>Dýchání: spontánní bez inhalace O₂, frekvence 16/min, pravidelné, SpO₂ bez inhalace kyslíku 96%</p>

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Srdečně- cévní systém	„Léčím se s vysokým tlakem, jinak jiné potíže nemám.“	<p>TK: 138/84mmHg</p> <p>P: 76/min pravidelný, dobře hmatatelný</p> <p>Srdce: srdeční akce pravidelná, ozvy bez šelestu</p> <p>Periferní perfúze: barva kůže na horních i dolních končetinách růžová, periferie teplé DKK bez otoků a varixů</p>
Břicho a GIT	„Břicho mě nebolí, špatně mi není. Mívám občas zácpu, díky lékům, které užívám.“	Břicho: na pohmat nebolestivé, měkké, bez meteorismu, peristaltika auskultačně přítomná
Močo- pohlavní systém	„Chodím častěji močit, díky zvětšené prostatě, jinak žádné potíže nepozoruji.“	<p>Ledviny: při poklepu nebolestivé</p> <p>Moč: světlá s charakteristickým zápachem</p>
Kostro- svalový systém	„S pohybem mívám problémy, hlavně mám stavy zatuhlosti. Právě teď jsem zatuhlý. Záda ani končetiny mě nebolí.“	<p>Páteř: kulatá záda</p> <p>Svalová síla: velmi silný stisk</p> <p>Klouby: nebolestivé, DKK a HKK bez otoků</p>

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Nervo-smyslový systém	„Poruchy paměti jsem nepozoroval. Nosím brýle na čtení“	Při vědomí, kontaktní, orientovaný místem, časem, osobou. Reflexy zachovány. Zrak: vidí hůře, brýle Sluch: dobrý
Endokrinní systém	„Nemám potíže, se štítnou žlázou se neléčím.“	Štítná žláza: nezvětšena, cukrovku neudává, jiné potíže neudává
Imunologický systém	„Jsem alergický na Novalgin, udělala se mi po něm vyrážka“	Oči, nos: bez sekrece a začervenání
Kůže a její adnexa	„Kůže mě nesvědí, žádnou vyrážkou netrpím. Vlasy mi nepadají.“	Kůže: mírně suchá, hladká, levý hřbet ruky bolestivé začervenání Turgor kůže: zachovaný; Vlasy: hnědé, husté; Nehty: ostříhané, nehtové lůžko růžové

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient při vědomí, bradypsychický, spontánně ventilující, TK normotenzní, dle EKG sinusový rytmus. Kůže suchá prokrvená, na hřbetu ruky bolestivé začervenání. Pohyblivost pacienta omezena z důvodu zatuhlosti.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	„Stravuji se pravidelně, zažívací potíže nemívám. Manželka denně vaří. Jím téměř vše jen nemám rád žemlovku.“	
	V nemocnici	„Strava mi tu zatím chutná, mám problém udržet lžiči, trochu se mi třese pravá ruka.“	BMI: 28,9 Dieta: 3BML (racionální bezmléčná) Omezená schopnost při jídle: dopomoc při zatuhlosti
Příjem Tekutin	Doma	„Denně vypiji asi 2 litry tekutin. Mám radši minerální vody.“	

Příjem tekutin	V nemocnici	„Popíjím si sám, o pomoc si řeknu. “	Pacient si popíjí sám, o pomoc si zazvoní na sestru.
Vylučování moče	Doma	„Doma chodím častěji čůrat, nepomožuji se. “	
	V nemocnici	„U lůžka mám bažanta, ale jen na noc, přes den chodím na WC. “	Pacient močí do WC, přes noc má u lůžka močovou láhev. Moč je čirá, žlutá a má charakteristický zápach.
Vylučování stolice	Doma	„Doma mívám občas zácpu, díky lékům, které užívám. “	
	V nemocnici	„Tady v nemocnici jsem zatím ještě na velké nebyl, musím požádat sestru o nějaký lék. “	Stolice zatím nebyla, peristaltika je přítomna.
Spánek a bdění	Doma	„Doma spím bez problémů, jen se v noci častěji budím na močení. “	
	V nemocnici	„Tady v nemocnici spím hůře, nemůžu usnout, večer	Po probuzení se cítí mírně ospalý, probere

		požádám sestru o lék na spaní. “	se během několika minut.
Aktivita a odpočinek	Doma	„Doma se věnuji kutilství a v létě chodím rád s manželkou a vnoučaty na houby. “	
	V nemocnici	„Čtu si a poslouchám rádio. Pospávám. “	Pacient je pohyblivý velmi dobře, přes den aktivizován, aby moc nespával.
Hygiena	Doma	„Koupu se večer vpřed spaním, vlasy si umývám denně.“	
	V nemocnici	„V nemocnici se snažím koupat také každý večer. “	Hygienu provádí pacient dostatečně sám, o dopomoc požádá sestru.
Samostatnost	Doma	„Jsem celkem soběstačný, ale někdy potřebuji pomoc manželky, např. vstát z postele. “	
	V nemocnici	„Jsem celkem soběstačný, ale teď po operaci mám potíže více. “	Barthelův test 65 bodů, lehká závislost

Posouzení psychického stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí		„Vše vnímám.“	Pacient při vědomí.
Orientace		„Vím kde jsem, vím jaké je datum i rok, vím jak s jmenuji.“	Orientovaný místem, časem i osobou.
Nálada		„Náladu mám dobrou, nic mě netrápí.“	Působí klidným, vyrovnaným dojmem.
Paměť	Dlouhodobá	„Pamatuji si všechno, aspoň doufám.“ (smích)	Dlouhodobá paměť neporušená, vybavuje si informace bez problémů.
	Krátkodobá	„Slouží mi dobře.“	Paměť neporušena.
Myšlení		„Myslím optimisticky.“	Pacient je schopen myslet abstraktně.
Temperament		„Jsem sangvinik a někdy i choleric.“	Sangvinik
Sebehodnocení		„Jsem v některých	Obava z nejistoty, zda se

	činnostech nešikovný, ale snad se to co nejdřívelepší.“	operace vydařila, malé známky strachu.
Vnímání zdraví a zdravotního stavu	„Vím, že se toto onemocnění nedá zcela vyléčit, ale snad se alespoň můj zdravotní stavlepší a budu šikovnější.“	Dobrá, občas nejistota z nepodaření operace.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	„Doufám, že už budu brzy doma.“	Těší se domů.
Reakce na hospitalizaci	„Nemocnici nemám moc rád, tak jako každý.“	Porucha spánku.
Adaptace na onemocnění	„Parkinsona mám už přes 10 let, už jsem si zvykl.“	Spolupracuje se všemi zdravotními pracovníky, nutná aktivizaci.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy)	„Nevím, zda mi ta operace pomůže.“	Má pocit nejistoty.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)	„Mám dobré zkušenosti.“	Zkušenosti má dobré, spolupracuje a komunikuje bez problémů.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„Mluví se mi dobře.“	Řeč plynulá, slovní zásoba je dostačující.
	Neverbální	Neodpovídá	Neverbální projevy: gestikulace, mimika.
Informovanost	O onemocnění	„O své diagnóze jsem plně informován.“	Pacient je o onemocnění informovaný.
	O diagnost. metodách	„I o vyšetřeních jsem byl lékařem informován.“	Pacient je informován o veškerých vyšetřeních.
	O léčbě a dietě	„Léčbu i nařízení lékaře se snažím dodržovat.“	Pacient ví o průběhu léčby a dietu dodržuje.
	O délce hospitalizace	„Znám přibližnou délku hospitalizace tady u vás.“	Pacient zná délku hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s věkem a pohlavím)	„Jsem v důchodu, teď už hlavním živitelem rodiny nejsem. Manželka za mnou jezdí o víkendy na návštěvu.“	Primární: 70 letý muž Sekundární: manžel, otec, dědeček Terciální: starobní důchodce
---	---	---	---

4.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT:

Ordinovaná vyšetření:

CT mozku 21.2.2012

Biochemické vyšetření krve 21.2.2012

Krevní obraz 21.2.2012

Koagulační vyšetření 21.2.2012

Sedimentace 21.2.2012

Moč chemicky + sediment 21.2.2012

Výsledky:

CT mozku nativně – v zadní jámě bez zřetelných patologických změn, 4. komora normální. Supratentoriálně zavedeny DBS bilat – artefakty, bez průkazu čerstvé hemoragické komplikace. Frontálně oboustranně je redukován pneumoencephalus – vpravo 4mm, vlevo 5mm. Komorový systém přiměřeného rozsahu, ve střední rovině.

Biochemické vyšetření krve – Natrium 145 mmol/l, Kalium 3,5 mmol/l, Chloridy 105 mmol/l, Močovina 6,5 mmol/l, Glukóza 5,1 mmol/l, Kreatinin 93 umol/l, Kyselina močová 234 umol/l, Bilirubin celkový 16,2 umol/l, Osmolalita 301 mmol/kg, Celkové bílkoviny 62,4 g/l, C-reaktivní protein (CRP) 57,0 mg/l.

Krevní obraz – Erytrocyty 3,47 10E12/l, Leukocyty 8,9 10E9/l, Hemoglobin 124,0 g/l, Hematokrit 0,342, Trombocyty 211 10E9/l.

Koagulace – Quickův test 0,88 jedniny, International normalized ratio (INR) 1,08, Akt. parciální tromboplast. čas (Aptt) 28,9 s, Přepočtená APTT na normál 0,90, Fibrinogen 4,50 g/l.

Sedimentace – Sedimentace erytrocytů (1.hod.) 23 mm, Sedimentace erytrocytů (2.hod.) 47 mm.

Moč chemicky + sediment – pH 5,0; Bílkoviny v moči 1 arb.j., Glukóza 0 arb.j. Urobilinogen 0 arb.j., Bilirubin 0 arb.j., Ketony 0 arb.j., Dusitany 0 arb.j., Leukocyty 0 arb.j., Krev 0 arb.j..

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 BML (racionální bezmléčná)

Výživa: per os

Pohybový režim: volný pohyb v rámci oddělení

RHB: denně dochází za RHB pracovníkem

Medikamentózní léčba:

Per os:

Tenormin 50 mg tbl. 1-0-0 (Antihypertenzivum)

Tamsulosin Teva 0,4 mg cps. 1-0-0 (Antagonista alfa-adrenergických receptorů)

Requip Modutab 8 mg tbl. 3-0-0 po jídle (Antiparkinsonikum)

Stalevo 150 mg tbl. 7-10-13-16-19hod (Antiparkinsonikum)

Kalnormin 1 g tbl. 1-1-1 (Ionty)
Anopyrin 100 mg 0-1-0 (Antiagregancium)
Algifen gtt. 30-30-30 (Analgetikum)
Laktulóza sirup 1 lžíce dle ordinace lékaře (Laxativum)
Hypnogen 10 mg 0-0-0-1 (Hypnotikum)

Intra venózní:

Vulmizolin 1 g plv. + 100 ml Fyziologický roztok á 6h (6-12-18-24) kapat 1 hodinu

4.5 SITUAČNÍ ANALÝZA ZE DNE 20.2.2012

70-letý muž W.K., je hospitalizován 1. den na neurologickém standardním oddělení. Na neurologii byl přeložen z neurochirurgické kliniky ke stimulaci a rehabilitaci po DBS. Má operační rány na hlavě se stehy a pod levým klíčkem, jsou sterilně kryty. Pacient je chodící, ale občas má stavy zatuhlosti a třes pravé horní končetiny a potřebuje dopomoc druhých, to ho celkem trápí. Vzhledem k umístění jeho pokoje, to je nad schody, mu hrozí pád a poranění. Občas si během rozhovoru stěžuje na bolest hlavy. Je spíše pasivní. Pokud je vyzván, tak spolupracuje a snaží se. V nemocnici má problém s usínáním, pospává přes den. Zavedená periferní žilní kanyla v levé horní končetině (předloktí) je průchodná, funkční a bez známek zánětu. Na stolici byl naposled před 3 dny, díky lékům, které užívá, mu způsobují tyto zažívací problémy.

Pacient je pasivní, ale spolupracuje se zdravotnickým personálem bez problémů. Při stavech zatuhlosti potřebuje dopomoc od zdravotníka.

4.5.1 Ošetřovatelské diagnózy ze dne 20.2.2012

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

1. Snížená soběstačnost v oblasti stravování, hygieny a vyprazdňování z důvodu stavů zatuhlosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.
2. Akutní bolest hlavy z důvodu operační rány projevující se nesoustředěností.

3. Strach v souvislosti s prodělanou operací projevující se verbalizací.
4. Porucha spánku z důvodu nemocničního prostředí projevující se únavou pacienta.
5. Sociální izolace z důvodu hospitalizace projevující se smutkem pacienta.
6. Stud při vyprazdňování moče z důvodu močení o močové láhve projevující se verbalizací.
7. Porušená kožní integrita z důvodu operace projevující se operační ránou na hlavě a pod pravým klíčkem.
8. Narušené sebepojetí z důvodu neplnění sociálních rolí projevující se verbalizací.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy:

1. Riziko vzniku zácpy z důvodu změny režimu a užívání některých léků.
2. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení periferní žilní kanyly a operační rány.
3. Riziko vzniku pádu a úrazu z důvodu pokoje umístěného nad schody
4. Riziko snížení srdečního výdeje z důvodu dekompenzace TK.
5. Riziko vzniku alergické reakce z důvodu chybného podání alergenu.

4.6 Plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelská diagnóza aktuální

Snížená soběstačnost v oblasti stravování, hygieny a vyprazdňování z důvodu stavů zatuhlosti projevující se sníženou schopností o sebe pečovat.

Cíl:

Pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti v oblasti stravování, hygieny a vyprazdňování

Priorita: střední

Výsledná 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 vyprazdňování / do 3 dnů

Plán intervencí: ze dne 20.2.2012

- posuď 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) (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)
- sleduj schopnost spolupráce pacienta a jeho postoj k rehabilitaci (sestra)

Plán intervencí vypracovala: Markéta Hrouzková

Realizace: ze dne 20.2.2012

10:05 posouzení stupně závislosti (Barthelův test 65 bodů), lehká závislost, připevněna do lůžka hrazdička (zap. sestra, dále jen s. M.H.)

11:45 dopomoc při přípravě k obědu, přinesen táč s jídlem ke stolu do jídelny (zap. ošetřovatelka, dále jen oš. L.D.)

13:00 procházka po oddělení s ošetřovatelkou (zap. oš. L.D.)

15:00 prováděna pasivní rehabilitaci (zap. fyzioterapeut, dále jen fyz. E.M.)

17:00 přisunut k lůžku jídelní stůl a podány k ruce tekutiny, podání večerní medikace, pacient ji užil před sestrou (zap. s. M.H.)

18:30 provedena večerní hygiena v koupelně za dopomoci ošetřovatelky (zap. oš. L.D.)

19:00 pacientovi zajištěn doprovod do pokoje a dopomoc při ukládání do lůžka (zap. oš. L.D.)

20:30 dopomoc pacientovi při vyprazdňování moče, podání močové láhve (zap. s. L.N.)

22:00 – 6:00 dopomoc dle potřeby (zap. s. L.N.)

Realizace: ze dne 21.2.2012

7:10 dopomoc při ranní toaletě v koupelně (zap. oš. M.T.)

8:30 připravena snídaně k lůžku a podaná ranní medikace (zap. s. D.Ch.)

8:45 nácvik soběstačnosti při provádění hygieny dutiny ústní (zap. s. D.Ch.)

10:00 aktivní rehabilitace v tělocvičně rehabilitace, nácvik samostatného otáčení na lůžku (zap. fyz. E.M.)

12:00 dopomoc při podávání jídla, podány tekutiny (zap. oš. M.T.)

14:00 pasivní odpočinek, sleduje na pokoji televizi (zap. s. D.Ch.)

15:00 aktivizace pacienta, procházení po chodbě s manželkou (zap. s. D.Ch.)

18:10 dopomoc s večerní toaletou v koupelně, nácvik samostatného oblékání (zap. oš. M.T.)

22:00 – 6:00 dopomoc dle potřeby (zap. s. M.H.)

Realizace: ze dne 22.2.2012

6:00 nácvik samostatné hygieny v koupelně pouze pod dohledem (zap. s. M.H.)

8:00 nácvik samostatného stravování, nácvik samostatného pití (zap. s. R.H.)

10:00 – 11:00 pod dohledem fyzioterapeuta nácvik samostatného sedu na lůžku, nácvik stoje z lůžka, nácvik chůze po rovině, nácvik chůze po schodech (zap. fyz. E.M.)

12:00 samostatné stravování i pití (zap. s. R.H.)

14:00 samostatné procházení se po oddělení (zap. s. R.H.)

16:00 nácvik samostatného použití močové láhve (zap. s. R.H.)

17:00 pacient samostatně večeří (zap. s. R.H.)

18:30 pacient samostatně močí do močové láhve, Barthelův test 88 bodů (zap. s. R.H.)

Hodnocení: ze dne 22.2.2012 (po 3 dnech)

- cíl byl splněn
- pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti v oblasti stravování, hygieny a vyprazdňování
- stále je potřebná dopomoc dle potřeby
- pacient je edukován o signalizaci
- je potřeba i nadále pokračovat v naplánovaných intervencích

Vypracovala všeobecná sestra: Markéta Hrouzková

Ošetrovatelská diagnóza aktuální

Akutní bolest hlavy z důvodu operační rány projevující se nesoustředěností

Cíl:

Pacient udává zmírnění bolesti

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná intenzitu a charakter bolesti / do 2 hodin

Pacient zaujímá úlevovou polohu / do 2 hodin

Pacient správně užívá analgetika / do 12 hodin

Plán intervencí: ze dne 20.2.2012

- proved' rozhovor s pacientem (sestra)
- zjistí intenzitu a charakter bolesti dle měřítka bolesti VAS (sestra)
- doporuč úlevovou polohu (sestra, RHB pracovník)
- zajistí klidový režim (sestra)
- zajistí dostatečný příjem tekutin (sestra, ošetrovatelka)
- pokus se odvrátit pozornost pacienta od bolesti (sestra, ošetrovatelka)
- podej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek (sestra)
- sleduj intenzitu bolesti á 6 hodin dle VAS a zaznamenej do dokumentace (sestra)
- sleduj fyziologické funkce pacienta (sestra)

*Plán intervencí vypracovala: **Markéta Hrouzková***

Realizace: ze dne 20.2.2012

10:00 odebrána anamnéza od pacienta, zjištěna bolest hlavy v místě operační rány (zap. s. M.H.)

10:05 pacient udává intenzitu bolesti mezi 3-4 z 10 možných intenzit, stupňující se po rozrušení dle VAS, bolest má charakter tupý, FF v normě (zap. s. M.H.)

10:10 doporučen pacientovi klidový režim na lůžku a předejití rozčilení, dostatek tekutin (zap. s. M.H.)

12:10 pacient udává bolest intenzivnější, ze stupně 4 na stupeň 6, informován lékař, zapsáno do dokumentace (zap. s. M.H.)

12:15 podány analgetika dle ordinace lékaře (zap. s. M.H.)

13:15 pacient udává mírný ústup bolesti, na stupeň 5, informován lékař, opět doporučen klidový režim a dostatek tekutin, zapsáno do dokumentace (zap. s. M.H.)

16:00 přehodnocení bolesti dle VAS, bolest ustupuje, opět stupeň 3, zapsáno do dokumentace (zap. s. M.H.)

17:00 pacient vyžaduje analgetika, bolest je opět intenzivní, stupeň 4, dle ordinace lékaře podány spolu s večerní medikací, zapsáno do dokumentace (zap. s. M.H.)

22:00 bolest ustoupila na stupeň 2-3 po analgetikách a odpočinku, FF v normě, zapsáno do dokumentace (zap. s. L.N.)

00:00 pacient klidně spí

Realizace: ze dne 21.2.2012

6:00 pacient udává bolest stupně 3, prozatím nevyžaduje analgetika, zapsáno do dokumentace (zap. s. L.N.)

8:00 pacient užil ranní medikaci dle ordinace lékaře, analgetika prozatím nechce, stupeň bolesti 3, doporučen dostatečný příjem tekutin, zapsáno do dokumentace (zap. s. D.Ch.)

10:00 pacient odchází s fyzioterapeutem do tělocvičny, udává stupeň bolesti 2, zapsáno do dokumentace (zap. s. D.Ch.)

10:40 pacient se po návratu z tělocvičny cítí dobře, bolest je stejná jako v 10:00, zapsáno do dokumentace (zap. s. D.Ch.)

12:00 kontrola intenzity bolesti dle VAS a zapsání do dokumentace stupeň 2-3, analgetika nechce (zap. s. D.Ch.)

14:30 pacient zvoní na sestru, stěžuje si na zhoršení bolesti a vyžaduje analgetika, stupeň bolesti 4, FF v normě, zapsáno do dokumentace (zap. s. D. Ch.)

14:35 informován lékař o intenzitě bolesti (zap. s. D.Ch.)

14:40 podány analgetika dle ordinace a doporučen klidový režim a dostatek tekutin, FF v normě, zapsáno do dokumentace (zap. s. D.Ch.)

16:00 při kontrole pacient spí (zap. s. D.Ch.)

18:00 při rozdávání večerní medikace opět kontrola bolesti, pacient se cítí daleko lépe a udává stupeň 2, zapsáno do dokumentace (zap. s. D.Ch.)

22:00 – 6:00 pacient klidně spí (zap. s. M.H.)

Realizace: dne 22.2.2012

6:00 pacient po probuzení udává téměř neznatelnou bolest, přibližně stupně 1, zapsáno do dokumentace (zap. s. M.H.)

8:00 analgetika na výzvu nechce, cítí se dobře, zapsáno do dokumentace (zap. s. R.H.)

10:00 RHB u lůžka, intenzita bolesti stupeň 1 až neznatelná, zapsáno do dokumentace (zap. s. R.H.)

12:00 pacient udává, že bolest zcela vymizela a cítí se velmi dobře, i přesto doporučen klidnější režim a dostatek tekutin, zapsáno do dokumentace (zap. s. R.H.)

14:00 – 16:00 pacient sleduje televizi a bolest neudává (zap. s. R.H.)

18:00 kontrola bolesti dle VAS, pacient je bez bolesti, FF v normě, zapsáno do dokumentace (zap. s. R.H.)

Hodnocení: ze dne 22.2.2012 (po 3 dnech)

- pacient udává vymizení bolesti, tím pádem cíl byl splněn
- edukován o signalizaci, pokud by se opět bolest vyskytla
- FF pacienta byly vždy v normě
- je potřeba i nadále sledovat bolest á 6 hodin a zapisovat do dokumentace
- pacient edukován o klidovém režimu a pitném režimu

Vypracovala všeobecná sestra: Markéta Hrouzková

Ošetrovatelská diagnóza aktuální

Strach v souvislosti s prodělanou operací projevující se verbalizací

Cíl:

Strach bude odstraněn, pacient bude udávat psychickou pohodu

Priorita: střední

Výsledná kritéria:

Pacient zná zdroj svého strachu a otevřeně o něm mluví / do 12 hodin

Pacient objektivně hodnotí problémovou situaci / do 24 hodin

Pacient udává psychickou pohodu / do 24 hodin

Plán intervencí: ze dne 20.2.2012

- dej pacientovi prostor k vyjádření jeho obav a pocitů (sestra)
- umožni pacientovi kontakt s rodinou (sestra)
- povzbuzuj pacienta (sestra, ošetrovatelka)
- měj k pacientovi empatický přístup (sestra, ošetrovatelka, lékař, fyzioterapeut)
- každý lékařský postup pacientovi vysvětluj (sestra, lékař)
- informuj pacienta o jeho zdravotním stavu (lékař)

- sleduj aktuální psychický stav pacienta a na změny upozorni lékaře (sestra, ošetřovatelka)
- snaž se zabránit prohloubení strachu (sestra, ošetřovatelka)
- zajisti pomoc psychologa (sestra, lékař)

*Plán intervencí vypracovala: **Markéta Hrouzková***

Realizace: ze dne 20.2.2012

10:10 po rozhovoru s pacientem zjištěn strach a obava z možné nepovedené operace , pacient je bradypsychický (zap. s. M.H.)

11:00 navázán otevřený kontakt s pacientem, který hovoří o strachu z nepovedené operace (zap. s. M.H.)

13:00 pacient bradypsychický, empatický přístup a otevřený rozhovor s pacientem (zap. s. M.H.)

15:00 rozhovor pacienta s lékařem, pacientovi důkladně vysvětlen lékařský postup, pacient částečně zklidněn (zap. lékařka M.M.)

17:00 pacient hovoří telefonicky s manželkou a zdá se býti klidnější a vyrovnanější (zap. s. M.H.)

19:00 pacient sleduje televizi a vypadá klidně (zap. s. M.H.)

22:00 – 6:00 pacient spí (zap. s. L.N.)

Realizace: ze dne 21.2.2012

6:00 pacient opět bradypsychický, proveden rozhovor a doporučena aktivizace (navázání kontaktů se spolupacienty, poslech rádia, sledování televize), (zap. s. L.N.)

10:00 pacient rehabilituje, cítí se lépe, je rád, že má o něj někdo zájem (zap. s. D.Ch.)

14:00 povídá se se spolupacienty na pokoji, vypadá klidněji a vyrovnaně (zap. s. D.Ch.)

15:00 návštěva manželky, jde se s ní projít na čistý vzduch (zap. s. D.Ch.)

18:00 pacient je v psychické pohodě, sleduje televizi (zap. s. D.Ch.)

21:30 pacient má opět horší náladu, moc nekomunikuje, nutná psychická podpora a povzbuzení pacienta (zap. s. M.H.)

22:30 – 6:00 při kontrole pacient spí (zap. s. M.H.)

Realizace: ze dne 22.2.2012

6:00 po probuzení je pacient usměvavý, cítí se dobře, aktivizace pacienta (zap. s. M.H.)

8:00 pacient sleduje při snídani televizi a komunikuje se spolupacienty (zap. s. R.H.)

10:00 pacient rehabilituje a je na něm vidět psychická pohoda, těší se na manželku, která za ním přijede i dnes, i když bydlí hodně daleko (zap. s. R.H.)

13:00 lékař mu sdělil, že bude zítra propuštěn domů, pacient je šťastný (zap. lékař M.M.)

13:10 pacient hovoří telefonicky s manželkou, že zítra půjde domů (zap. s. R.H.)

15:00 pacient otevřeně komunikuje s ošetřujícím personálem a je klidný a vyrovnaný (zap. s. R.H.)

18:00 pacient se těší domů (zap. s. R.H.)

Hodnocení: ze dne 22.2.2012 (po 3 dnech)

- pacient je v psychické pohodě
- cíl byl splněn
- zítra 23.2.2012 plánována dimise (propuštění domů)

Vypracovala všeobecná sestra: Markéta Hrouzková

4.7 Celkové zhodnocení

70 – letý pacient přeložený na neurologickou kliniku lůžkového standardního oddělení z neurochirurgické kliniky po zavedení DBS k rehabilitaci po operaci, udával sníženou soběstačnost v základních úkonech sebezpečí, bolest hlavy a měl velký strach z rizika nepovedení operace. Byl také nesvůj z prostředí nemocnice.

Při přijetí na naši kliniku jsem s pacientem provedla základní vstupní rozhovor a odebrala anamnézu, kdy mi sdělil co, ho trápí a jak se vlastně po operaci cítí. Podle lékařské překládové zprávy jsem se seznámila s jeho medikací a zdravotním stavem. Dle ordinací lékaře, jsme spolu s lékařem seznámili klienta s průběhem jeho hospitalizace na neurologické klinice a naplánovanými vyšetřeními.

Stanovila jsem si aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy. Jako hlavní diagnózu jsme společně s pacientem zvolili sníženou soběstačnost v oblasti hygieny, stravování a vyprazdňování, jako druhý problém, který klienta trápil byla bolest hlavy. V průběhu hospitalizace jsme řešili jeho strach z operace, kterou prodělal v minulých dnech. Během hospitalizace probíhala rehabilitace spolu s fyzioterapeuty, kteří s klientem nacvičovali samostatnou chůzi, stoj a vstávání z lůžka.

V průběhu jeho pobytu u nás na klinice měl pacient veškeré fyziologické funkce stabilizované, sesterské intervence byly plněny dle naplánovaného ošetřovatelského plánu. Ošetřovatelské cíle byly splněny.

Pacient projevuje jak slovní tak psychickou spokojenost a po čtyřech dnech hospitalizace na naší klinice bude propuštěn do domácího ošetřování.

4.8 Návrhy a doporučení pro praxi

Dle vypracovaného ošetřovatelského procesu u klienta po hluboké mozkové stimulaci s hlavní diagnózou: Parkinsonova choroba, jsem dospěla k níže zmíněným doporučením pro praxi:

- zajistit dostatek kvalifikovaného personálu na veškerá oddělení nemocnice,

- tím pádem zajistit kvalitní odborné vzdělání sester a poskytnou odborné kurzy,
- poskytnout ošetrovatelskému personálu dostatek odpočinku na těchto těžkých odděleních, jako je např.: neurologie, neurochirurgie aj.,
- uplatňovat ošetrovatelský proces v praxi, aby se ošetřující personál ještě více mohl věnovat klientovi,
- zaznamenávat veškerá přání i stížnosti klienta do dokumentace,
- potřeba empatického přístupu ke každému klientovi,
- nutná maximální komunikace mezi sestrou a lékařem,
- nutná spolupráce rodiny s ošetrovatelským personálem,
- aktivní účast rodiny pacienta na procesu uzdravování,
- zabezpečit co nejvyšší komfort pacienta na neurologických odděleních,
- respektovat práva pacientů.

5 ZÁVĚR

Lidé s Parkinsonovou chorobou po hluboké mozkové stimulaci jsou pacienti, kteří dříve nebo častěji budou závislí na pomoci druhých lidí. Tato choroba neprobíhá u každého pacienta stejně. Někdo má průběh nemoci pomalý a jiný zase tak rychlý, že nemá šanci nemoc kompenzovat a zbrzdit. Důležité je včas pacienta informovat o průběhu a léčbě onemocnění. Opodstatněná je včasná diagnostika a okamžité zahájení léčby.

Cílem mé bakalářské práce bylo vytvořit ošetrovatelský proces, který jsem aplikovala na pacienta s Parkinsonovou chorobou po hluboké mozkové stimulaci a tím nastínit všeobecným sestřám a široké veřejnosti problematiku tohoto těžkého a troufám si tvrdit, že i velmi známého onemocnění. Ošetrovatelský proces byl vypracován, tím pádem byl cíl splněn.

Při vypracování ošetrovatelského procesu jsem si stanovila 8 aktuálních a 5 potenciálních ošetrovatelských diagnóz. Vypracovala jsme tři aktuální diagnózy, stanovila jejich cíl, výsledná kritéria, sesterské intervence, zrealizovali plán a vyhodnotila.

Péče o parkinsoniky je centralizovaná do parkinsonských center a je komplexní. Samozřejmě není toto pravidlem, ale u většiny případů to tak je. Pacienti s touto chorobou mají i svou společnost pro parkinsoniky a funguje i linka pro takto nemocné a jejich příbuzné, aby si na ni mohli kdykoliv zavolat a poradit se.

Pro nemocné musí být velice těžké se s touto nemocí naučit žít i pro jejich nejbližší. Proto je důležité, jak už jsem se zmínila v doporučeních pro praxi, aby v nemocničních zařízeních o takové nemocné pečoval personál, který toto onemocnění zná a dokáže být k těmto lidem empatický a měl by umět pacienta psychicky povzbudit a pochopit jeho obavy.

Každý by se měl chovat a jednat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197).

Tištěné monografické publikace

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004, 975 s. ISBN 80-725-4556-6.

Anglicko-český, česko-anglický slovník: English-Czech, Czech-English dictionary. Vyd. 1. Redaktor Ondřej Jirásek. Brno: Computer Press, 2008, 1091 s. ISBN 978-802-5123-713.

BHARDWAJ, Anish a Marek Alexander Z MIRSKI. *Handbook of neurocritical care*. 2nd ed. New York: Springer, c2011, xix, 554 s. ISBN 14-419-6842-3.

CORDELIA, Fine. 2009. *Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Z orig. přel. Johana Martinová. Brno: Jota, 2009. ISBN 978-80-7217-686-1.

BERGER, Jiří, Zbyněk KALITA a Igor ULČ. *Parkinsonova choroba*. Praha: Maxdorf, c2000, 147 s. ISBN 80-859-1213-9.

BERLIT, Peter. *Memorix neurologie*. 1. vyd. Překlad Dagmar Kolínská. Praha: Grada, 2007, 447 s. ISBN 978-802-4719-153.

ČERVINKOVÁ, Eliška. *Ošetřovatelské diagnózy*. 2. dopl. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 165 s. ISBN 80-701-3332-5.

JEDLIČKA, Pavel. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Editor Otakar Keller. Praha: Karolinum, 2005, xv, 424 s. ISBN 80-246-1079-5.

MUMENTHALER, Marco a Heinrich MATTLE. *Neurologie*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001, 649 s. ISBN 80-716-9545-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Ilona MAURITZOVÁ. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011, 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

REKTOR, Ivan a Irena REKTOROVÁ. *Centrální poruchy hybnosti v praxi*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003, 196 s. ISBN 80-725-4418-7.

ROTH, Jan, Marcela SEKYROVÁ a Evžen RŮŽIČKA. *Parkinsonova nemoc*. 4.,. Praha: Maxdorf, 2009, 222 s. ISBN 978-807-3451-783.

RŮŽIČKA, Evžen, Jan ROTH a Petr KAŇOVSKÝ. *Dyskinetické syndromy a onemocnění*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xv, 320 s. Extrapiramidová onemocnění II. ISBN 80-726-2154-8.

RŮŽIČKA, Evžen, Jan ROTH a Petr KAŇOVSKÝ. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 293 s. Extrapiramidová onemocnění, 1. ISBN 80-726-2048-7.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4727-332.

SHARMA, Nutan a Elaine RICHMAN. *Parkinson's disease and the family: a new guide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, c2005, 222 s. ISBN 06-740-1751-X.

SYSEL, Dušan, Hana BELEJOVÁ a Oto MASÁR. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2011, 280 s. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-289-7.

TYRLÍKOVÁ, Ivana. *Neurologie pro sestry*. 1. vyd. – dotisk. Brno: IDVPZ, 2008, 288 s. ISBN 80-701-3287-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 7., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2004, xv, 490 s. ISBN 80-734-5009-7.

WEINER, William J, Lisa M SHULMAN a Anthony E LANG. *Parkinson's disease: a complete guide for patients and families*. 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007, xi, 278 s. ISBN 978-080-1885-464.

Internetové zdroje

Natura, *Parkinsonova choroba* [online], Natura, Datum poslední revize 25.6.2005, 9:13 text/html, [citováno 30.4.2012] Dostupné na:
<http://natura.baf.cz/natura/2005/7/20050701.html>

Příspěvatelé Wikipedie, *Parkinsonova nemoc* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2012, Datum poslední revize 11. 05. 2012, 12:37 UTC, [citováno 13. 05. 2012] Dostupné na:
http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Parkinsonova_nemoc&oldid=8212117

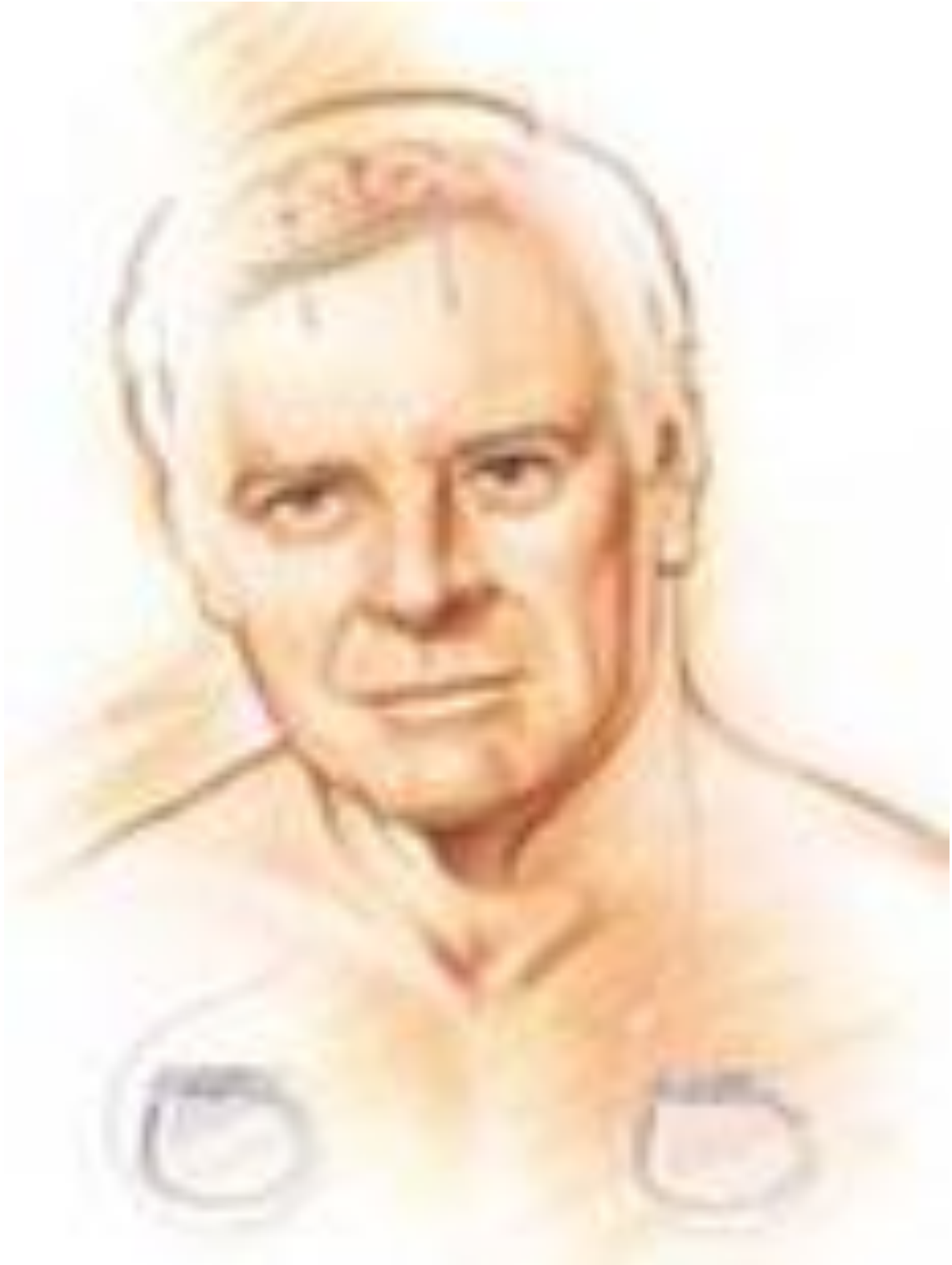
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Zvedení DBS

Příloha B – Barthelův test základních všedních činností

Příloha C – Rešerš

Příloha A – Zvedení DBS



Příloha B – Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10

	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

Příloha C – Rešerš

Hluboká mozková stimulace u pacientů s Parkinsonovou chorobou

AU: Vránová, Lenka

AD: Neurologická klinika, 1. LF UK, VFN, Praha, CZ

CI: Sestra, Příl. Temat. Sešit, Roč. 16, č. 7-8 (2006), s. 46. ISSN: 1210-0404.

LA: cze

RT: 3 - článek

DE: HLUBOKÁ MOZKOVÁ STIMULACE - METODY, ŠKODLIVÉ ÚČINKY ;
PARKINSONOVA NEMOC - CHIRURGIE, TERAPIE ; NEUROCHIRURGICKÉ
VÝKONY - METODY, PŘÍSTROJOVÉ VYBAVENÍ, ŠKODLIVÉ ÚČINKY ; LIDÉ

SG: 674 A / B 1775

AN: 07001860

DT: 200703

**Role neuropsychologického vyšetření v rámci péče o pacienty s Parkinsonovou
nemocí léčených metodou hluboké mozkové stimulace**

AU: Fanfrdlová, Zuzana

AD: 1. neurologická klinika LF MU, FN u sv. Anny, Brno, CZ

CI: Neurologie pro praxi, Roč. 6, č. 4 (2005), s. 221-224. ISSN: 1803-5280. Lit. 20

LA: cze

RT: 3 - článek

DE: PARKINSONOVA NEMOC - DIAGNÓZA, CHIRURGIE, PATOLOGIE ;
ELEKTRICKÁ STIMULACE ; ELEKTRODY IMPLANTOVANÉ ;

NEUROPSYCHOLOGICKÉ TESTY ; PAMĚŤ ; INTELIGENČNÍ TESTY ;
POZORNOST ; AFEKT ; DEPRESE ; LIDÉ

SG: 612 A / B 2224

AN: 05011096 **DT:** 200511

Hluboká mozková stimulace (DBS) z pohledu sálové sestry

AU: Foukalová, R. - Čepová, Lucie

AD: Operační sál, Neurochirurgická klinika LF UP a FN, Olomouc

CI: Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Roč. 72, Suppl. 1 (2009), s. S63.
ISSN: 1210-7859.

LA: cze **RT:** 6 - abstrakt

AB: Pracovní dny České neurochirurgické společnosti, Zámek Štířín, 4.-6.11.2009

DE: ABSTRAKTA

SG: 616 / A 4085

AN: 11009850 **DT:** 201105