

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U NEMOCNÉHO
S NÁHLOU CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TATIANA MIKLOŠOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová Ph.D., R.N.

Praha 2012



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Miklošová Tatiana
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 4. 2011 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u nemocného s náhlou cévní mozkovou
příhodou

The Nursing Process for a Patient with an Acute Stroke

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelský proces o nemocného s náhlou cévní mozkovou příhodou“ 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 23. března 2012

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Jitce Němcové Ph.D., R.N. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

MIKLOŠOVÁ, Tatiana. *Ošetrovatelský proces o nemocného s náhlou cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N., Praha. 2012. 59 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u nemocného s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je podrobně popsána ischemická cévní mozková příhoda. Důraz je kladen na včasnou diagnostiku a následnou léčbu, která může postiženého úplně vyléčit. Dále je zde zahrnutá Marjory Gordon a její „Model funkčních vzorců zdraví“. V praktické části jsou uvedeny informace o nemocném a vypracovaný plán ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je rehabilitace, která je v péči o nemocného po cévní mozkové příhodě nesmírně důležitá.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Marjory Gordon. Počítačová tomografie. Trombolýza.

ABSTRACT

MIKLOŠOVÁ, Tatiana. *Nursing Process for Patient with a Stroke*. Nursing College, o.p.s., Degree: Bachelor (Bc). Tutor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N., Prague. 2012. 59 Pages.

The main topic of my bachelor thesis is Nursing Process for Patient with a Stroke. The thesis is divided into two parts – theoretical a practical parts. The theoretical part describes in detailed about a stroke. The thesis emphasizes on early diagnosis, subsequent treatment which may treat a patient completely. Furthermore, the thesis contains a model of M. Gordon's functional health patterns. The practical part introduces the information about a patient with nursing care plan. Rehabilitation is inherent in the part of nursing care, which is very important for a patient after a stroke.

Key words

Computer Tomography. Marjory Gordon. Stroke. Thrombolysis.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aa.	arterie
ACI	arteria carotis interna (vnitřní krční tepna)
ACM	arteria cerebri media (střední mozkové tepny)
ADL	barthelův test základních všedních činností
CMP	cévní mozková příhoda
CT	computed tomography (počítačová tomografie)
GCS	glasgow coma scale (stupnice k hodnocení hloubky bezvědomí)
HDL	high density lipoprotein (lipoprotein s vysokou hustotou)
LDL	low density lipoprotein (lipoprotein s nízkou hustotou)
MR	magnetická rezonance
MRA	magneticko – rezonanční angiografie
NIHSS	Nationale Institute of Health Stroke Scale (škála sloužící k hodnocení tíže neurologického postižení nemocných s iktem)
PET	pozitronová emisní tomografie
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RIND	reverzibilní ischemický neurologický deficit
SPECT	single photon emission computed tomography (jednofotonová emisní počítačová tomografie)
TBC	tuberkulóza
TIA	tranzitorní ischemická ataka
WHO	World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Antiagregans – léky snižující krevní srážlivost narušením funkce krevních destiček

Antihypertenzivum – léky proti vysokému krevnímu tlaku

Antikoagulans – léky působící proti krevnímu srážení

Antiulceróza – léky užívané k léčbě peptického vředu

Arteria carotis interna – vnitřní krční tepna

Arteria cerebri media – střední mozkové tepny

Arteria cerebri anterior – přední mozkové tepny

Ataxie – porucha hybnosti způsobená onemocněním nervového systému

Ateroskleróza – kornatění tepen

Bifurkace – vidlicové rozdělení

Detekce – odhalení, zjištění

Difúze – proces umožňující šíření látky z jednoho místa na druhé podle koncentračního spádu

Dysartrie – porucha řeči

Dysfagie – porucha polykání, ztížené polykání

Fibrilace – mňhání

Fibrinolytikum – léky používané k rozpouštění krevních sraženin

Hemianopsie – omezení zorného pole

Hemiparéza – částečné ochrnutí poloviny těla

Herpes zoster – pasový opar

Homolaterální – týkající se stejné strany

Hypertermie – zvýšení vnitřní teploty těla nad normální rozmezí

Hypertrofie – zvětšení, zbytnění

Hypestezie – snížená citlivost

Intrakraniální – nitrolebeční

Kolaterální – vedlejší, postranní

Leukoaraióza – známky mnohočetného poškození bílé hmoty prokázané nejčastěji při CT a MR vyšetření nebo při pitvě

Malacie – chorobné změknutí tkáně

Ophthalmic arteria – oční tepna

Perfúze – průtok tekutiny určitým prostředím

Plasminogen – krevní bílkovina, která po aktivaci na plasmin rozpouští krevní sraženinu

Polycytemie – zmožení červených krvinek v krvi

Prokinetika – léky ovlivňující pohyb dutých orgánů, v jejichž stěně se vyskytuje hladká svalovina

Spasticita – zvýšené napětí svalů ve vnitřních orgánech a zejména svalů kosterních

Transezofageální – přes jícn

Transthorakální – přes hrudní stěnu

Trombolytika – léky užívané k rozpouštění krevních sraženin

Trombolýza – proces rozpouštění krevní sraženiny

Vaskulitida – zánětlivé onemocnění cév, zejména tepen

Vaskulopatie – onemocnění cév, obvykle blíže neurčené

Subarachnoidální – pod pavoučnicí

(VOKURKA et al., 2007)

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ	13
1.1 EPIDEMIOLOGIE	13
1.2 ETIOPATOGENEZE	13
1.2.1 FYZIOLOGIE MOZKOVÉHO PROKRVENÍ	14
1.2.2 MOZKOVÁ PERFUZE A AUTOREGULAČNÍ MECHANIZMY	14
2 MOZKOVÉ ISCHEMIE	15
2.1 PŘÍČINY	15
2.2 KLINICKÝ OBRAZ	16
2.2.1 PRŮBĚH ISCHEMICKÝCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD	16
2.2.2 LOŽISKOVÉ MOZKOVÉ ISCHEMIE	17
2.2.3 CELKOVÉ MOZKOVÉ ISCHEMIE	18
2.3 DIAGNOSTIKA	18
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY	20
2.4.1 NEOVLIVNITELNÉ FAKTORY	20
2.4.2 OVLIVNITELNÉ FAKTORY	20
2.5 LÉČBA	21
2.5.1 CELKOVÁ LÉČBA	22
2.5.2 SPECIFICKÁ LÉČBA	22
2.6 KOMPLIKACE	23
3 REHABILITACE	25
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE MARJORY GORDONOVÉ	26
4.1 DVANÁCT VZORCŮ ZDRAVÍ	26

PRAKTICKÁ ČÁST

5	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	28
6	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM.....	29
7	ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	31
8	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	32
8.1	SOUHRN DIAGNOSTICKÝCH OPATŘENÍ	33
8.2	SOUHRN TERAPEUTICKÝCH OPATŘENÍ	33
9	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	36
10.	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	41
10.1	AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	42
10.2	POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	51
11.	ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	56
11.1	DOPORUČENÍ PRO NEMOCNÉHO	56
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM LITERATURY.....	58
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Cévní mozková příhoda (CMP) je akutní stav charakterizovaný poškozením mozku v důsledku poruchy mozkového krevního oběhu. Toto onemocnění se řadí mezi civilizační choroby. Kromě vysoké incidence je závažná i skutečnost, že mozkové příhody postihují stále více mladší věkové skupiny, vzácnosti nejsou ani příhody u nemocných mezi 30. – 40. rokem života. V neurologii je vůbec nejčastější příčinou jak mortality, tak invalidity nemocných.

Předkládaná bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou. V teoretické části je uvedeno cévní zásobení mozku, epidemiologie a etiopatogenéze onemocnění. Dále je podrobně popsána ischemická CMP, její příčiny, klinické příznaky, diagnostika, léčba, rizikové faktory a komplikace. V této kapitole je také zmíněná rehabilitace, která je v péči o nemocné po CMP nesmírně důležitá. Teoretickou část uzavírá ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové a její „Model funkčních vzorců zdraví“.

V praktické části je popsán průběh hospitalizace nemocného s náhlou ischemickou CMP hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče neurologické kliniky. Jsou zde zahrnuta všechna diagnostická vyšetření a léčebná opatření prováděná nemocnému. Dále je podrobně rozveden ošetrovatelský proces dle Marjory Gordonové. Na základě získaných informací jsou zformulovány aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy podle Kapesního průvodce zdravotní sestry a stanoven plán ošetrovatelské péče, který je následně vyhodnocen. Práci uzavírá přehled použité literatury a přílohy.

Cílem bakalářské práce je přiblížit problematiku ischemické CMP a moderních možností léčby. Důraz je kladen na včasné rozpoznání klinických příznaků, následnou specifickou léčbu a rehabilitaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE ONEMOCNĚNÍ

„Cévní mozkové příhody (mrtvice, iktus, stroke) jsou podle World Health Organization (WHO) definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti jiné zjevné příčiny než cévního původu“ (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002, s. 171).

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Cévní mozkové příhody jsou velmi častá a závažná onemocnění. „Roční výskyt u nás kolísá podle lokality mezi 150-200/100 000 obyvatel. Po nemocech srdce a zhoubných nádorech se řadí na třetí místo jako nejčastější příčina úmrtí. Mortalita u nás je čtyřikrát vyšší než v USA a 40 % nemocných umírá do jednoho roku po příhodě“ (SEIDL, 2008, s. 83). Alarmující je také posun výskytu CMP do stále mladších věkových kategorií. Výskyt onemocnění je ovlivněn řadou faktorů. Klíčovou roli v záchraně nemocných hraje čas, proto je důležité včas rozpoznat příznaky a okamžitě nemocného převézt do nemocnice. Následné uzdravení nemocného záleží na míře poškození mozku, prodlevou v léčbě, následnou péči a rehabilitaci. CMP jsou významným problémem, a to nejen medicínským a sociálním, ale také ekonomickým (SEIDL, 2008).

1.2 ETIOPATOGENEZE

Postižení normální funkce mozku může být jak drobné a krátkodobé, tak velmi těžké a trvalé. CMP jsou způsobeny poruchou prokrvení části nebo celého mozku (ischémie), krvácením do mozkové tkáně (hemoragie) nebo krvácením do subarachnoidálního prostoru (subarachnoidální krvácení). Nejdůležitější roli v etiopatogenezi CMP má cévní zásobení mozku a regulační mechanismy mozkové cirkulace.

1.2.1 FYZIOLOGIE MOZKOVÉHO PROKRVENÍ

„Prokrvení mozku zajišťují čtyři hlavní tepny: dvě vnitřní karotidy (aa. carotides internae) a dvě vertebrální arterie (aa. vertebrales). Karotické tepny zásobují asi 85 % mozkové tkáně, hlavně čelní, temenní a spánkové laloky obou mozkových hemisfér. Vertebrální arterie zásobují zejména kmen mozkový, týlní lalok a vnitřní část spánkového laloku“ (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002, s. 172). Tyto tepny se sbíhají ve Willisově okruhu, který umožňuje redistribuci krve a kompenzuje tím nebezpečí vzniku lokální ischemie. Proto je důležitou spojkou nejen mezi karotickým a vertebrobazilárním povodím, ale také mezi pravou a levou stranou mozkové cirkulace.

1.2.2 MOZKOVÁ PERFUZE A AUTOREGULAČNÍ MECHANIZMY

Nejvýznamnějším zdrojem energie pro správnou neporušenou činnost mozku je glukóza a kyslík. Mozkové buňky nemají žádné nebo jen minimální energetické rezervy, a proto je nezbytné, aby byla mozková perfuze dostatečná. Průtok krve v mozku je nerovnoměrně rozložen. Šedou hmotou je několikanásobně vyšší než bílou hmotou. Perfuze mozkové tkáně závisí také na periferní cévní rezistenci, kterou ovlivňuje viskozita krve, průsvit a délka cévy. „Dostatečný krevní průtok je zabezpečován autoregulačními mechanizmy, které jsou schopny změnami šíře mozkových cév vyrovnávat kolísání krevního tlaku v rozmezí 60-150 torrů“ (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002, s. 172). Při poklesu arteriálního tlaku pod dolní hranici autoregulace, rychle klesá perfuze mozku a dochází ke kolapsovému stavu u hypotoniků. Stoupne-li arteriální tlak nad horní hodnotu autoregulace, může dojít k edému mozku. Hypertonicí mají autoregulační limit nastaven na vyšší hodnoty, proto lépe snášejí vyšší hodnoty krevního tlaku, ale jeho pokles je mnohem nebezpečnější než u lidí s normálním krevním tlakem (SEIDL, 2008).

2 MOZKOVÉ ISCHEMIE

K ischemickým CMP dojde při nedostatečném krevním zásobení v určité oblasti mozku. Vyskytují se zhruba v 80 %. „Normální mozková perfuze se pohybuje mezi 50 – 60 ml/100 g/min. mozkové tkáně. Pokles perfuze je ze začátku vyvažován vazodilatací arteriol a zvýšeným vychytáváním kyslíku z krve. Pokud perfuze neklesne pod 20 ml/100 g/min. mozkové tkáně, funkce neuronu je neporušená. Při poklesu pod 10 ml/100 g/min. dochází k selhání regulačních mechanismů s následným rozvojem mozkového infarktu. Hypoxická mozková tkáň se nachází v ischemickém polostínu, postižené místo se nazývá panumbra“ (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002, s. 173). Velikost a stupeň poškození závisí na řadě faktorů. Nejdůležitější je stav kolaterálního oběhu. Dalším důležitým faktorem je i rychlost rozvoje mozkové ischemie. Postupně vznikající ischemie poskytují dostatek času k rozvoji fungujícího kolaterálního oběhu. Při rychlém uzávěru cévy se nestačí kolaterální oběh vytvořit a riziko vzniku encefalomalacie s trvalým funkčním poškozením je větší (KAŇOVSKÝ et al., 2007).

2.1 PŘÍČINY

Příčinami mozkové ischemie může být lokální uzávěr mozkové tepny, který vede k vzniku tzv. teritoriálního infarktu, nebo celkové příčiny, které způsobují difuzní ischemii mozku.

Ložiskové příčiny

Jednou z nejčastějších příčin je rozvoj *aterosklerózy*. Lipoproteiny se ukládají v cévní stěně a vzniká lipidně-fibrózní plat, aterom. Následně se rozvíjí kalcifikace, případně ulcerace. Aterom může narůstat a náhle zvětšit svůj objem prokrvácením. Stabilní plat se mění v nestabilní. V místě porušeného povrchu platu se utvářejí nástěnné tromby, které vedou ke stenóze, nebo úplnému uzávěru průsvitu cévy. „Nejčastějším místem vzniku aterosklerotických změn je bifurkace společné krkavice, odstup její vnitřní větve a odstupy hlavních přívodných mozkových cév z oblouku aorty“ (KAŇOVSKÝ et al., 2007, s. 28). Přibližně 20-30 % všech ischemických CMP je zapříčiněno *embolickým uzávěrem*, kdy zdrojem je především srdce. Mezi nejčastější patří fibrilace síní, chlopenní vady, chlopenní náhrady a tromby. Další možnou příčinou mozkové ischemie jsou hematologická onemocnění. Sem patří *trombofilní stavy*. Céva může být postižena

i jinými onemocněními. Např. imunokomplexová vaskulitida, hyalinóza, vaskulopatie doprovázející drogové závislosti, tepenné disekce, zánětlivá poškození tepen při TBC, herpes zoster aj. Mnohdy bývá příčina mozkové ischemie neznámá.

Celkové příčiny

Difúzní mozkovou hypoxii může způsobit řada příčin. Mezi závažné příčiny patří zástava srdce, těžká komorová arytmie, déle trvající výrazná arteriální hypotenze, obstrukce dýchacích cest různé etiologie a těžká anemie (KAŇOVSKÝ et al., 2007).

2.2 KLINICKÝ OBRAZ

Klinické projevy jsou velmi rozmanité od téměř bezpříznakového stavu až po závažný stav končící smrtí. Závisí od rozsahu, lokalizace a rychlosti vzniku ischemie. Mohou být tělesné, duševní nebo se příznaky projeví změnou chování. Mezi nejčastější patří slabost a ochrnutí na jedné straně těla, náhlé zastření zraku, ztráta chápání nebo tvorby řeči, neobvyklá prudká bolest hlavy, ztráta rovnováhy nebo ztráta vědomí, výjimečně také záchvat křečí.

2.2.1 PRŮBĚH ISCHEMICKÝCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Tranzitorní ischemická ataka (TIA)

Jde o náhle vzniklou ložiskovou symptomatologii, která mizí do 24 hodin bez reziduí. Trvá méně než hodinu. Podle WHO není TIA cévní mozkovou příhodou, ale podstatným rizikovým faktorem.

Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)

Vzniká akutně, trvá déle než 24 hodin, odezní do 14 dnů až 3 týdnů. V neurologickém nálezu může zůstat drobné reziduum.

Progredující cévní mozková příhoda

Jde o neustále se vyvíjející neurologickou symptomatologii, nejčastěji během 24 hodin. Jsou méně časté.

Dokončená cévní mozková příhoda

Je ložisková hypoxie mozku s trvalým deficitem. Částečné zlepšení je postupem času možné.

2.2.2 LOŽISKOVÉ MOZKOVÉ ISCHEMIE

Ischemie v karotickém povodí

„Postižení *a. cerebri media* je nejčastější se vyskytující ischemií. Projevuje se hemiparézou s výraznějším postižením horní končetiny, sníženou citlivostí a hemianopsií. Dalším příznakem je deviace očí (nemocný se dívá na ložisko), někdy i hlavy. Porucha symbolických funkcí je známkou postižení dominantní hemisféry. Méně časté je postižení *a. cerebri anterior*. Také se projevuje hemiparézou, ale více je postižená dolní končetina, dále zhoršenou chůzí a neschopností rozhodovat se. Porucha čítí je jen na dolní končetině, nebo chybí úplně. Postižení *a. carotis interna* se často projevuje jako postižení střední mozkové tepny. Postižení *a. ophtalmica* vede k přechodné ztrátě zraku „amaurosis fugax“. Ischemie *perforujících centrálních arterií* se projevují motorickým nebo senzitivním postižením, ataxií a dysartrií. Jsou časté u diabetiků. Vícečetné uzávěry těchto tepen, zejména v oblasti bazálních ganglií tvoří status lacunaris projevující se pseudobulbárním syndromem, kdy je přítomná paréza jazyka, dysartrie a dysfagie. Postižení více ložiskového charakteru v oblasti kortiko-subkortikální představuje leukoaraióza. Jde o difúzní ischemické změny bílé mozkové hmoty, které mohou být projevem demence“ (KAŇOVSKÝ et al., 2007, s. 30).

Ischemie ve vertebrobazilárním povodí

„Při uzávěru *a. cerebri posteriori* dochází k zrakovým poruchám. Může být přítomná porucha čítí, porucha tělesného schématu a porucha prostorové orientace. V povodí mozečkových tepen se nejčastěji vyskytuje ischemie *a. cerebelli posteriori inferior*. Projevuje se jako Wallenbergův syndrom, který je charakterizován homolaterálně neocerebelární symptomatikou, Hornerovým syndromem a postižením V. hlavového nervu. K dalším příznakům patří bolest hlavy, porucha polykání, vestibulární syndrom a chrapot. Jednostranné postižení mozkového kmene se projeví tzv. alterujícími hemiparézami, které jsou charakterizované kontralaterální hemiparézou

a homolaterálním postižením některého z hlavových nervů“ (KAŇOVSKÝ et al., 2007, s. 31).

2.2.3 CELKOVÉ MOZKOVÉ ISCHEMIE

Klinický obraz celkové hypoxie mozku může být mírný a rychle odeznívající, pokud její příčina není závažná. Při závažném selhání krevního oběhu, jako je srdeční zástava, těžká komorová arytmie, těžká arteriální hypotenze dojde ke globální mozkové ischemii se zástavou mozkové perfuze. Pokud nedojde k rychle obnově srdeční činnosti a normalizaci krevního tlaku, následuje těžké kóma s rozvojem apalického syndromu nebo k mozkové smrti (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002).

2.3 DIAGNOSTIKA

Důležitými kroky ke stanovení diagnózy jsou zhodnocení osobní a rodinné anamnézy a zhodnocení objektivního nálezu neurologem. Nedílnou součástí je i základní interní vyšetření se zaměřením na zhodnocení vitálních a kardiovaskulárních funkcí. Důležitou roli pro diagnostiku CMP mají zobrazovací metody. Bez jejich použití není jistota o etiologii, lokalizaci ani velikosti léze a stavu ostatních částí mozku. Teprve pak je možno zvolit léčebný postup.

Výpočetní tomografie

Je základní diagnostickou metodou. Umožňuje přesné rozlišení ischemie od hemoragie, zobrazení rozsahu a charakteru samotné ischemické léze, sekundárních změn mozku, zhodnocení rizika terapie a stanovení prognózy iktu. Výhodou CT je její dostupnost a rychlost vyšetření. Nevýhodou je, že v akutní fázi neposkytuje informace o rozsahu ischemických změn. Postupně jsou CT nahrazovány spirálními CT, kde po intravenózním podání kontrastní látky velmi věrně zobrazí cévní řečiště a v mnoha případech tak nahrazuje invazivní angiografické vyšetření. Pomocí CT lze již dnes hodnotit mozkovou perfuzi.

Magnetická rezonance

Patří mezi další nesmírně přínosnou zobrazovací metodu. Pro diagnostiku ischemických lézí mozku je důležitá tzv. multimodální MR, při které průkaz poruchy perfuze a difúze umožňuje časné rozlišení malacie od ložiska čerstvé ischemie. Magneticko – rezonanční

angiografie (MRA) je konkurenční neinvazivní metodou angiografie. Vyšetření lze provést i bez podání kontrastní látky, což je výhodou u alergických nemocných. MR umožňuje zobrazit již časná stadia ischemických změn a dovede posoudit ischemickou lézi mozku dříve a přesněji než CT. Nevýhodou je obtížná dostupnost a kontraindikace vyšetření.

Digitální subtrakční angiografie

Angiografie je speciální rentgenové vyšetření pomoci kontrastní látky. Jde o invazivní metodu, která umožňuje detailní zobrazení cévního řečiště.

Sonografické vyšetření

Je rovněž nesmírně cenná metoda. Patří k základním vyšetřovacím metodám CMP. Doppler hodnotí rychlost, vydatnost a směr krevního proudu. Duplexní sonografie nám poskytuje informace o struktuře cévní stěny. Echokardiografie, jak transthorakální, tak transezofageální nás informuje o anatomických, funkčních a hemodynamických poměrech v oblasti srdce a aorty.

Nukleární metody

Hodnotí mozkový průtok detekcí izotopů podaných nemocnému. Patří sem metoda SPECT (jednofotonová emisní výpočetní tomografie) a metoda PET (pozitronová emisní tomografie). Tyto metody jsou finančně velmi nákladné.

Elektroencefalografie

Je neinvazivní metoda, dobře dostupná, ale její význam pro strukturální léze mozku je potlačen do pozadí přesnějšími metodami. Využívá se k diferenciaci diagnostickému odlišení od epileptických záchvatů.

Vyšetření likvoru

Prokazuje přítomnost krvácení. Provádí se, pokud je CT negativní a je podezření na subarachnoidální krvácení.

Oční vyšetření

Informuje nás o změnách oční tepny a o projevech nitrolební hypertenze. Nitrolební hypertenze se projeví městnáním na očním pozadí. Následně dojde k edému papily zrakového nervu (<http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>).

2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY

Z hlediska možnosti intervence rozlišujeme faktory, které nelze změnit a faktory, které lze preventivními zásahy ovlivnit. Udává se, že až 85 % CMP lze kontrolou ovlivnitelných rizikových faktorů předcházet.

2.4.1 NEOVLIVNITELNÉ FAKTORY

K neovlivnitelným faktorům patří věk, rasa, pohlaví a dědičnost. Riziko vzniku iktu narůstá od 45 roku věku. U lidí nad 65 let je riziko nejvyšší. Výskyt CMP u černochů je vyšší než u bělochů. U mužů je incidence iktu vyšší než u žen (FEIGIN, 2004).

2.4.2 OVLIVNITELNÉ FAKTORY

Hypertenze je nejčastější a dobře ovlivnitelnou příčinou CMP. Lidé s hypertenzí jsou vystavení sedmkrát vyššímu riziku vzniku CMP než lidé s normálním krevním tlakem. Vyšší krevní tlak postupně poškozuje cévní stěnu, způsobuje tvrdnutí tepen, podporuje vznik krevních sraženin a tvorbu výdutí. Hlavním problémem hypertenze je, že se v raných stádiích neprojevuje žádnými příznaky.

Srdeční onemocnění jako angina pectoris, fibrilace síní, srdeční selhání, poruchy chlopní, umělé chlopně a vrozené srdeční vady zvyšují riziko vzniku CMP. Jedním z nejvýznamnějších je fibrilace síní. Neléčená představuje čtyři až sedmkrát vyšší riziko a může vést k dalším kardiovaskulárním komplikacím.

Ateroskleróza patří mezi hlavní příčiny CMP.

Vysoká hladina cholesterolu zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy a nemoci srdečních tepen. Existují dva typy cholesterolu. HDL má protektivní efekt, LDL se lepí na stěny tepen a podílí se na vzniku tepenných plátů.

Diabetes mellitus zdvojnásobuje šanci na vznik CMP, protože způsobuje změny v cévním systému a podporuje vznik aterosklerózy.

Polycytemie způsobuje nárůst viskozity krve a zhoršování kolaterálního průtoku.

Migrény představují rizikový faktor zejména pro ženy kuřačky mladší 50 let, které zároveň užívají antikoncepční pilulky. S přibývajícím věkem však riziko vzniku CMP u migreniků klesá.

Kouření znásobuje riziko vzniku CMP čtyřikrát. Předpokládaný mechanismus rizika je zvýšení srážlivosti krve a poškozování tepen.

Nezdravá, špatně vyvážená strava způsobuje vznik aterosklerózy, hypertenze, krevních sraženin, cukrovky a nadváhy.

Přemíra alkoholu zvyšuje krevní tlak a tím několikanásobně i riziko vzniku zejména krvácivé CMP. Mírná konzumace alkoholu riziko aterosklerózy a iktu snižuje.

Nedostatek pohybu vede k nadváze, vysokému krevnímu tlaku a cukrovce. Pravděpodobnost vzniku CMP u neaktivních lidí je téměř o 50 % větší, než u lidí aktivních.

Antikoncepční pilulky s obsahem estrogenu a gestagenu mohou zvyšovat krevní tlak a zahušťovat krev. V kombinaci s kouřením a migrénou jsou významným rizikovým faktorem.

Stres a deprese ovlivňují řadu pochodů v organismu buď přímo, nebo přes působení jiných faktorů (např. hypertenze).

Povzbuzující drogy jako např. heroin, amfetaminy, kokain, marihuana a jiné mohou způsobit iktus jako následek zánětu tepen a žil, zúžení mozkových tepen, poruchy funkce srdce, zvýšené srážlivosti krve nebo náhlého zvýšení krevního tlaku (HERZIG, 2008).

2.5 LÉČBA

Cévní mozková příhoda je urgentní stav, který vyžaduje specifickou léčbu. Předpokladem úspěšné léčby je cílevědomá organizace péče o nemocné s CMP. Léčba má největší naději na úspěch, když je zahájena co nejdříve od vzniku příhody. Proto je

třeba všechny nemocné, u kterých je podezření na iktus převézt na specializované pracoviště. K specializovaným pracovištím patří tzv. iktové jednotky nebo specializovaná cerebrovaskulární centra. Čas hraje důležitou roli a zahájení léčby trombolýzou by nemělo trvat déle než tři hodiny. V některých případech i šest hodin od vzniku iktu. Nezbytná je monitorace vitálních funkcí a neurologického stavu.

2.5.1 CELKOVÁ LÉČBA

Tato terapie je nezbytná zejména u nemocných se závažnou cévní mozkovou příhodou. Jde o podporu respiračního a kardiovaskulárního systému. Zejména u nemocných s poruchou vědomí je důležité zajistit a udržovat volné dýchací cesty vhodnou polohou hlavy a podáváním kyslíku. Saturace krve kyslíkem se má pohybovat kolem 95 %. Podle stavu nemocného je indikovaná umělá plicní ventilace. CMP často provází arteriální hypertenze, která působí kompenzačně. Není vhodné v akutní fázi výrazně snižovat hodnoty krevního tlaku, pokud nepřekročí kritickou hranici (>220/120 mm Hg). Často dochází ke spontánní úpravě krevního tlaku v průběhu několika hodin od vzniku iktu. U arteriální hypotenze se nemocným podávají tekutiny nebo katecholaminy. Důležité jsou pravidelné kontroly glykémie. U diabetiků, kteří se léčí perorálními antidiabetiky, je vhodná kompenzace glykémii krátkodobě působícím inzulínem. Dále je potřeba sledovat parametry vnitřního prostředí, bilanci tekutin a pravidelně kontrolovat tělesnou teplotu. Zvýšení tělesné teploty nad 37,5 °C je potřeba léčit. Na dostatečnou hydrataci je třeba dbát především u starších nemocných, u kterých často chybí pocit žízně. Nemocnému se podle stavu zavede permanentní žilní nebo arteriální katétr, permanentní močový katétr a nazogastrická výživná sonda. Dále je nutné podání prokinetik a antiulcerózik. Důležitá je prevence hluboké žilní trombózy užíváním kompresivních punčoch na dolních končetinách. Nízkomolekulární Heparin je indikován u nemocných s vysokým rizikem hluboké žilní trombózy a plicní embolie (BERLIT, 2006).

2.5.2 SPECIFICKÁ LÉČBA

Cerebrální trombolýza

Jde o proces rozpouštění krevní sraženiny. Může se provést intravenózně, nebo intrarteriálně aplikováním rekombinantního tkáňového aktivátoru plasminogenu. Při

intravenózní aplikaci, se trombolitikum musí podat nejpozději do 3 hodin od prvních příznaků onemocnění. Časově omezený úsek se nazývá terapeutické okno. Při intraarteriálním podání se trombolitikum aplikuje přímo k tepennému uzávěru a terapeutické okno se prodlužuje na 6 hodin. Léčba trombolýzou je vysoce efektivní, ale také velmi riskantní. Hrozí systémové nebo intrakraniální krvácení, proto má řadu indikačních kritérií.

Antiagregační léčba

Podstatou je snížení krevní srážlivosti narušením funkce krevních destiček. Základním lékem je kyselina acetylsalicylová. Jeho podání v prvních 48 hodinách po vzniku CMP snižuje úmrtnost a recidivu CMP.

Antikoagulační léčba

V akutním stadiu se užívá hlavně v prevenci hluboké žilní trombózy. Patří sem hepariny a nízkomolekulární hepariny. Tzv. plná antikoagulace je výjimečná. Podává se hlavně u nemocných s fibrilací síní, u nichž hrozí reembovizace, u postupného uzávěru tepny nebo u její disekce.

Neurochirurgické intervence

Mají významné postavení. Nejvýznamnější je chirurgické odstranění aterosklerotického plátu, nebo trombu u rychle progredujícího uzávěru. Vitální indikací je odstranění expanzivně se chovající mozečkové malacie (KAŇOVSKÝ et al., 2007).

2.6 KOMPLIKACE

Edém mozku představuje nahromadění tekutiny v mozkové tkáni. Dochází ke zvětšení mozkové tkáně a tím k porušení funkce postižených struktur. Mozkový edém vede k nitrolební hypertenzi a následně k snížení mozkové perfuze. Je hlavní příčinou smrti po CMP. Nejčastěji postihuje nemocné ve vyšším věku a nemocné s postižením velké části mozku.

Epileptické záchvaty se mohou vyskytnout v akutní fázi. Epilepsie se může po ischemické CMP rozvinout u 3-4 % nemocných.

Ke **kardiálním komplikacím** patří arytmie zejména fibrilace síní, pak infarkt myokardu, kardiomyopatie či městnává srdeční slabost.

Hluboká žilní trombóza se v prvních dvou týdnech po CMP prokazuje u více než 50 % nemocných. Proto je důležitá antiagregační léčba, časná mobilizace a používání elastických punčoch, kdy je výskyt hluboké žilní trombózy nižší.

Plicní embolie patří k obávaným komplikacím a často končí fatálně.

Pneumonie je jednou z nejvýznamnějších komplikací a ve většině případů je způsobena aspirací. Nejvíce jsou postiženi nemocní s porušeným vědomím a s poruchou polykání.

Infekce urogenitálního traktu patří k častým komplikacím a vedou ke zhoršení stavu nemocného. K rizikovým faktorům patří vyšší věk, použití močového katétru a ženské pohlaví.

Deprese také přispívají ke zvýšení mortality, proto je důležité její rozpoznání a léčba. Výskyt deprese je udáván odlišně. Nejvyšší je v období 1-6 měsíců od iktu.

Ke **vzniku dekubitů** může dojít i přes cílenou prevenci. Je potřeba dbát na dostatečnou hydrataci, cvičení, polohování a vyloučit farmakologické tlumení neklidných nemocných.

Spasticita představuje významný problém. Její rozvoj ztěžuje rehabilitaci a celkový stav nemocného.

Horečka bývá častá zejména v průběhu prvních 72 hodin. Hypertermie vede k progresi ischemického infarktu a negativně působí na celkový stav nemocného (HERZIG, 2008, s. 28-29).

3 REHABILITACE

Nedílnou součástí péče o nemocného po CMP je rehabilitační léčba, která musí být zahájena co nejdříve. Jejím cílem je dosažení maximálního stupně fyzické a psychologické soběstačnosti. Musí být včasná, intenzivní a opakovaná. Zvýšenou péčí je potřeba věnovat prevenci kontraktur a proleženin pomocí správného polohování lůžka a řady pohybových aktivit. Všechny pohyby postižených končetin se mají provádět postupně. Nejdřív jde o pasivní pohyb, pak asistovaný aktivní pohyb a aktivní pohyb. Důležitá je stimulace nemocného k provádění všech každodenních činností, aby byl co nejvíce soběstačný. Velmi důležité je využívání smyslových vjemů. Správné polohování zabrání vzniku proleženin, svalových kontraktur a deformit. Poloha nemocného musí být upravována a měněna každou hodinu. Měla by se střídát od lehu na zádech po leh na boku na obou stranách. Polohu je možné udržovat pomocí klasických nebo speciálních polohovacích polštářů. U nemocných s ochrnutím končetin musí být zajištěno správné podložení postižených končetin. Při každé změně polohy je důležité sledovat stav kůže. Správná manipulace a polohování zabraňují nechtěným komplikacím. Také pomáhají obnovit funkční motorickou činnost. Rozličné každodenní činnosti se stávají „terapií“. K nemocnému se přistupuje vždy z postižené strany. Nábytek jako např. noční stolek se musí postavit na postiženou stranu. Nemocný by měl mít pevnou postel, ale ne příliš tvrdou. Příliš měkké lůžko totiž napomáhá krevnímu a lymfatickému systému, zvyšuje spasticitu a napomáhá vzniku proleženin. Dále je potřebné mluvit k nemocnému z postižené strany, kdy náš hlas bude stimulovat sluch a zrak nemocného, čímž dostane důležitou smyslovou stimulaci. Důležitá jsou i dechová cvičení pro dobrou plicní ventilaci. Velký význam má také rehabilitace logopedická při poruše řeči. Někteří lidé se po CMP téměř zcela zotaví, jiní mohou mít závažné potíže ještě po roce. Existuje mnoho faktorů, které mohou výsledek ovlivnit. Patří k nim kvalita rehabilitační léčby, motivace nemocného a jeho rodiny a věk nemocného (WHO, 2004).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE MARJORY GORDONOVÉ

„Základní ošetřovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku. Bakalářské a magisterské studium ukončila na Unter College of the City University v New Yorku. Doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování. V roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Je profesorkou a koordinátorkou ošetřovatelství dospělých na Boston College, Chesnut Hill. Byla prezidentkou NANDA do roku 2004. Věnuje se výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování ošetřovatelské péče. Dle Gordonové je nemocný chápán jako holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví“ (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 99). „K posouzení zda jde o typ funkčního nebo dysfunkčního zdraví je potřebná znalost a dovednost sestry. Funkční typ zdraví je ovlivněn biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je příznačné, že sestra stanoví ošetřovatelské diagnózy a podle priorit sestaví plán ošetřovatelské péče a to nejen u nemocných, ale také u relativně zdravých jedinců, než dojde k narušení zdraví a vzniku onemocnění“ (ARCHALOUSOVÁ, 2005, s. 21).

4.1 DVANÁCT VZORCŮ ZDRAVÍ

Pro Marjory Gordonovou je cílem ošetřovatelství zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Sestra systematicky získává informace v jednotlivých oblastech vzorců zdraví a získané informace analyzuje.

1 Vnímání zdravotního stavu

2 Výživa a metabolismus

3 Vylučování

4 Aktivita – cvičení

5 Spánek a odpočinek

6 Vnímání a poznávání

7 Sebepojetí a sebeúcta

8 Role – mezilidské vztahy

9 Sexualita

10 Stres

11 Víra – životní hodnoty

12 Jiné (bezpečnost a ochrana, komfort, růst a vývoj)

(MASTILIAKOVÁ, 2002).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Protože každá polovina mozku řídí a kontroluje činnost opačné strany těla, jakékoliv poškození jedné strany mozku vede k invaliditě opačné strany. U nemocného, který utrpěl CMP, se může objevit ztráta normálního svalového tonu, obtíže při polykání, inkontinence, sensorické problémy, psychologické a emocionální problémy, problémy s chápáním a také se mohou objevit změny ve vztahu mezi člověkem, který utrpěl CMP a ostatními členy rodiny. Náročnost ošetrovatelské péče o nemocného s CMP je značná, proto je důležité, aby během léčby spolupracovali všichni členové ošetrovatelského týmu, včetně fyzioterapeuta, logopeda, psychologa, dietní sestry a sociální pracovnice. V akutní fázi je na prvním místě léčba zachraňující život. Je potřeba zajistit a udržovat volné cesty dýchací. Sestra sleduje vědomí nemocného, motorické a sensorické funkce, obtíže s řečí a ochranné reflexy. Dle ordinace ošetřujícího lékaře podává předepsané léky. Zajistí přístup do žíly a podle předpisu podává tekutiny a elektrolyty. Pravidelně kontroluje vstupy a provádí převazy dle zvyklosti oddělení. Připraví nemocného na ordinovaná vyšetření, k nimž patří CT k vyloučení krvácení a ultrazvukové vyšetření karotid k rozpoznání příčiny CMP. Sestra neustále sleduje fyziologické funkce a vše zaznamenává do dokumentace. Má-li nemocný dysfagii, je důležité dbát, aby nedošlo k aspiraci jídla či tekutin. Podle stavu nemocného sestra zavede žaludeční sondu. Věnovat pozornost je třeba trávicímu traktu a pravidelné stolici. Sestra kontroluje, jestli nemocný udrží moč. U inkontinentních nemocných se dle ordinace zahájí nácvik kontinence močového měchýře. Velkou péčí je však třeba věnovat prevenci kontraktur a proleženin pomocí správného polohování lůžka. Velmi pečlivě ošetřovat kůži, zejména na postižené straně. U nemocných, kteří mají obtíže s mluvením, sestra nabídne alternativní způsob komunikace. Nemocného s postižením sestra naučí, jak si poradit s běžnými každodenními činnostmi. Edukuje nemocného a jeho rodinu o předepsaných lécích, jejich nežádoucích účinků, o rizikových faktorech CMP a způsobu jak omezit jejich dopad (KAPOUNOVÁ, 2007).

Role sestry je nenahraditelná. Kromě plnění svých rolí často také zastává funkci psychologa, důvěrníka, rehabilitačního pracovníka a edukátora.

6 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉM

Údaje pro sepsání ošetrovatelské anamnézy jsou získané první den hospitalizace především rozhovorem s nemocným, jeho pozorováním a ze zdravotnické dokumentace. Nemocný ochotně spolupracoval.

Jméno a příjmení: B. F.

Pohlaví: muž

Datum narození: 23. 05. 1951

Věk: 60

Pojišťovna: VZP

Bydliště: Praha 6

Stav: ženatý

Povolání: důchodce

Vyznání: bez vyznání

Národnost: česká

Kontaktní osoba: manželka bytem dtto

Datum přijetí: 16. 01. 2012

Oddělení: intenzivní péče – neurologická klinika FTN

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza: Otec zemřel na infarkt myokardu ve věku 68 let. Matka zemřela stářím ve věku 85 let. Sourozence nemá. Manželka a dvě dcery jsou zdravé.

Osobní anamnéza: Nemocný prodělal běžné dětské nemoci. Je pravidelně očkován proti tetanu. Od roku 2005 se léčí s vysokým krevním tlakem. Má hypertrofii prostaty, která mu byla diagnostikována před třemi lety. V dubnu 2011 prodělal operaci tříselné kýly. Asi pět let trpí obezitou.

Pracovní anamnéza: Dříve pracoval jako zámečnick. Nyní je v důchodu.

Sociální anamnéza: Bydlí ve třípokojovém bytě s manželkou.

Alergická anamnéza: Negativní

Abúzus: Nemocný kouří 15 až 20 cigaret denně od 30 let věku. Kávu pije třikrát denně, pivo třikrát týdně, lihoviny příležitostně.

Farmakologická anamnéza:

Prestarium combi tbl. 1 – 0 – 0

Penester tbl. 0 – 0 – 1

Omic tbl. 0 – 0 – 1

NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Nemocný je přivezen rychlou záchrannou službou (RZS) pro asi hodinu trvající levostrannou hemiparézu. Manželka udává, že seděl v křesle, najednou se mu zatočila hlava a spadl. TK 180/120 mmHg, TF 62/min. SpO₂ 94%.

ZÁVĚR PŘI PŘIJMU

Centrální levostranná hemiparéza včetně VII hlavového nervu a paréza očního pohledu

Arteriální hypertenze

Hypertrofie prostaty

Obezita

7 ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Vědomí: plně orientovaný místem, časem a prostorem

Puls: 62/min. pravidelný

Krevní tlak: 180/120 mmHg

Dýchání: eupnoe, 16/min.

Tělesná teplota: 36,6°C **SpO₂:** 94%

Výživa: obezita, BMI – 33,95

Tělesná hmotnost: 110 kg **Výška:** 180 cm

Celkový vzhled: unavený, zesláblý

Úprava, hygiena: čistý a upravený

Kůže: růžová, vlhká, bez ikteru, kožní turgor přiměřený

Vlasy: jemné a řídké **Nehty:** hladké

Motorika: snížená hybnost, levostranná hemiparéza

Stisk ruky: oslabený na levé ruce

Schopnost uchopit předmět: oslabená na levé ruce

Řeč: setřelá, srozumitelná

Dutina ústní a nos: sliznice vlhké, jazyk plazí k levé straně a jeho povrch je růžový

Zuby: nemocný má vlastní chrup, sanován plombami, udržovaný

Zrak: zornice symetrické, používá brýle na čtení

Čítí: hypestezie

Sluch: slyší dobře, zvukovod bez sekrece

(NEJEDLÁ, 2006)

8 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Nemocný byl přijat na jednotku intenzivní péče 16. 01. 2012 pro levostrannou hemiparézu a parézu očního pohledu s dobou vzniku v 7.15 hodin. NIHSS při přijetí 14 bodů (příloha A). Byl indikován k trombolýze. Při přijetí je řeč setřelá, ale srozumitelná, nemocný je plně orientován a všem výzvám vyhoví. Nemocnému byl zaveden PŽK a PMK, z důvodu sledování bilanci tekutin. Dále byla odebrána krev na biochemii, koagulaci a krevní obraz. Dle výsledku má nemocný známky hemokoncentrace. Dále byly odebrány vzorky moče, výtěr z krku a nosu na mikrobiologické vyšetření, vše negativní. Na CT mozku byla prokázána ateroskleróza mozkových tepen jinak bez ložiskových změn. Nález byl verifikován pomocí CT angiografie mozkových extra i intrakraniálních tepen s normálním nálezem. V den přijetí byla podána intravenózní trombolýza v čase 8.45 – 9.45. Během trombolytické léčby došlo k částečné úpravě hemiparézy. Kontrolní CT mozku po intravenózní trombolýze ukázalo subakutní ischemii. Nemocný po léčbě udává zlepšení, ale pořád přetrvává mírná levostranná hemiparéza. Již od počátku byla zahájena intenzivní rehabilitace, pod vedením fyzioterapeutek. Po celou dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče byly nemocnému měřeny fyziologické funkce. Krevní tlak a tepová frekvence nemocného kolísaly podle aktivity, kterou prováděl. EKG bez ložiskových změn. Vzhledem k obezitě, lékař naordinoval redukční dietu. Nemocný se druhý den hospitalizace stěžuje na pocit plného břicha a nemožnost vyprázdnit se. Po užití laxativ došlo k vyprázdnění. Stolica byla tmavě hnědá, tužší konzistence a bez patologických příměsí. Třetí den hospitalizace na jednotce intenzivní péče došlo k úpravě zdravotního stavu. Byly odstraněny PŽK a PMK. Nemocný mluví plynule, začíná se samostatně pohybovat v okolí lůžka. Po třech dnech byl přeložen na standardní oddělení neurologické kliniky k následné rehabilitaci. Dne 23. 01. 2012 byl propuštěn domů. Při propuštění byl kardiopulmonálně stabilní, afebrilní a s normálním neurologickým nálezem. Nemocný byl poučen o nutnosti úpravy životního stylu a o rizicích spojených s nikotinismem, arteriální hypertenzí a nadváhou.

8.1 SOUHRN DIAGNOSTICKÝCH OPATŘENÍ

Pravidelné monitorování fyziologických funkcí (TK, TF, TT, SpO₂) po celou dobu hospitalizace.

CT mozku nativně (v den přijetí): Bez známek krvácení či toho času subakutních ischemických změn intrakraniálně. Patologický obsah v levém antru.

CT angiografie extra intrakraniálních mozkových tepen (v den přijetí): Extra a intrakraniální mozkové tepny bez patologických změn. Artefakty ze sanovaného chrupu.

CT mozku nativně po intravenózní trombolýze (druhý den hospitalizace): Hypodenzní obraz odpovídá subakutní ischemii. Intrakraniální krvácení nebylo prokázáno.

USG karotid (v den přijetí): Zjištěna redukce toku na ACI a ACM vpravo, dále zjištěná rezistence s cca 50% rychlostí ve srovnání s kontralaterální stranou.

Laboratorní vyšetření: Nemocnému byla pravidelně prováděna laboratorní vyšetření krve (biochemie, krevní obraz a koagulace). Vstupně byly známky hemokoncentrace a mírně zvýšený cholesterol. Byly odebrány vzorky moče, výtěr z krku a nosu na mikrobiologické vyšetření, vše negativní.

8.2 SOUHRN TERAPEUTICKÝCH OPATŘENÍ

Zavedení periferního žilního katétru

Zavedení permanentního močového katétru

Farmakoterapie:

Actilyse 51 mg i.v. (7 mg i.v. bolus, dále kontinuálně během 60 minut – 1x)

Indikační skupina – antitrombotikum, fibrinolytikum

Indikace – fibrinolytická léčba akutní ischemické cévní mozkové příhody

Lactulosa sir. p.o. podle potřeby (celkem 1x)

Indikační skupina – laxativum

Indikace – chronická obstipace zejména habituální

Prestarium combi tbl. p.o 1 – 0 – 0 (denně)

Indikační skupina – antihypertenzivum, ACE inhibitor a diuretikum

Indikace – léčba hypertenze

Omnicep tbl. p.o. 0 – 0 – 1 (denně)

Indikační skupina – urologikum

Indikace – symptomy dolních močových cest na podkladě benigní hyperplazie prostaty

Penester tbl. p.o. 0 – 0 – 1 (denně)

Indikační skupina – inhibitor 5alfa-reduktázy

Indikace – léčba a kontrola benigní hyperplazie prostaty

Anopyrin 100 mg tbl. p.o. 0 – 1 – 0 (denně)

Indikační skupina – antiagregans

Indikace – k předcházení vzniku přechodných záchvatů nedostatečného prokrvení mozku (TIA) a mozkových infarktů, když se vyskytla předchozí stadia

Helicid 20 mg cps. 1 – 0 – 0 (denně)

Indikační skupina – antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy

Indikace – léčba peptického vředu ve všech lokalizacích

Dietní opatření:

Vzhledem k obezitě je nemocnému podávána redukční dieta.

Rehabilitace-polohování:

Nemocný je pravidelně polohován. Vstupně jsou nemocnému nasazeny elastické punčochy, jako prevence žilní tromboembolické nemoci.

Edukace:

Nemocný je seznámen s nemocničním řádem, chodem oddělení a právy nemocných. Je poučen o dodržování léčebného režimu, o riziku vzniku pádu a zákazu manipulace s veškerými invazivními vstupy.

9 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Výchozím modelem ošetrovatelské péče, podle kterého jsou informace o nemocném zpracovány je „Model funkčních vzorců zdraví“ vytvořen Marjory Gordon. Po sběru informací o nemocném jsou dle priorit zformulovány ošetrovatelské diagnózy a navržen plán ošetrovatelské péče. Následně je plán ošetrovatelských intervencí realizován a pravidelně vyhodnocován. Ošetrovatelská péče je prováděna od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012 od 7.00 do 19.00.

Vnímání zdraví – udržování zdraví

Od ošetřujícího lékaře je informován o svém zdravotním stavu a omezeném pohybu na lůžku. Před onemocněním pravidelně, jednou za rok navštěvoval svého praktického lékaře, stomatologa a urologa. Nemocný již byl hospitalizován v roce 2011 pro operaci kýly. Prodělal běžné dětské nemoci a je očkovan proti tetanu. Léčí se s hypertenzí od roku 2005. Má hypertrofii prostaty od roku 2009. Pravidelně užívá předepsané léky. Je kuřák od 30 let, vykouří 15 až 20 cigaret za den, čemu odpovídají nažloutlé prsty na rukách. Asi pět let trpí obezitou. Alergii neudává. Bydlí ve třípokojovém bytě s manželkou, na kterou dal kontakt v případě potřeby. Nemocný si uvědomuje rizika kouření, ale tvrdí, že nemá dostatek vůle, aby toho nechal. Svůj zdravotní stav hodnotí jako narušený. Nyní má obavy z toho, že se nemoc, která ho teď zasáhla, může objevit znovu. Nemocný je čistý a upravený, kůže je vzhledem k obezitě a zdravotnímu stavu opocená. Je zvyklý na pravidelné sprchování, někdy až třikrát denně. Nyní má nepříjemné pocity z toho, že se nemůže vysprchovat.

Použitá měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Obava z opakování nemoci; Pocit nedostatečné hygieny.

Výživa – metabolismus

Nemocný trpí obezitou, měří 180 cm a váží 110 kg. Upřednostňuje klasickou českou kuchyni. V jeho jídelníčku má velké zastoupení maso a masné výrobky. Stravuje se nepravidelně. Ovoce a zeleninu si dá málokdy. Vaří mu manželka. Vypije denně 1 až 1,5 litru tekutin, včetně kávy. Má rád ochucené minerální vody a pivo, lihoviny si dá příležitostně. Má vlastní chrup a je schopen přijímat potravu ústy. Problémy s polykáním nemá. Uvědomuje si, že by měl zhubnout, ale tvrdí, že nemá dostatek vůle.

Tuková tkáň je přítomná nejvíce na břiše. Kožní turgor je přiměřený. Stav vlasů a nehtů je dobrý, sliznice jsou vlhké a bez povlaků. Vzhledem k postižení, je nutné nemocného polohovat každé dvě hodiny. Nemocnému byly nasazeny elastické punčochy, jako prevence tromboembolické nemoci. Otoky dolních končetin nemá.

Použitá měřicí technika: Body Mass Index – 33, 95; rozšířená stupnice Nortonové – 17 bodů (příloha B)

Ošetřovatelský problém: Nadváha; Neschopnost se sám najíst; Komplikace z ležení.

Vylučování

Nemocný trpí hypertrofií prostaty. Doma udává časté nucení na močení a pálení při močení, zvláště v noci. Se stolicí prý nikdy problémy neměl, je pravidelná, většinou ráno. Dnes ještě nebyla. Při přijetí byl nemocnému zaveden PMK. Moč je čirá a bez patologických příměsí. Vzhledem k obezitě je kůže nemocného opocená, nejvíce při námaze. Tělesná teplota je v normě 36, 6 °C. Potíže s dýcháním neudává, 17 dechů za minutu.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: Možný vznik zácpy; Infekce PMK.

Aktivita – cvičení

Nikdy pravidelně nesportoval. Chodí na procházky se psem a občas nakoupit. Pravidelně jezdí s manželkou na chalupu a rád chodí na houby. Rád čte knihy a sleduje televizi. Dnes ráno nemohl hýbat levou polovinou těla. Po trombolýze, která byla dnes, nemocný udává mírné zlepšení. Za pomoci se posadí, vsedě se sám neudrží, je mu nutné dopomoci i při hygieně. Nyní je pravidelně polohován a cvičí s terapeutkou. Podle aktivity nemocného je krevní tlak kolísavý. Nemocný je poučen o riziku pádu a nebezpečí poranění.

Měřicí techniky: Barthelův test (příloha C)

Ošetřovatelský problém: Porušená chůze; Neschopnost se sám umýt.

Spánek – odpočinek

Doma měl problémy se spánkem z důvodu častého nucení na močení. Zatím žádné léky na spaní neužíval. S usínáním problémy nemá. Nejlépe se mu usíná při sledování televize. Rád sleduje zprávy a české seriály. Je zvyklý usínat kolem 22 hodiny a vstávat kolem 7 hodiny. Během noci se probudí v průměru třikrát. Někdy má potřebu lehnout si po obědě na 1 hodinu. Nyní je poučen o možnosti, užít léky na spaní.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Citlivost (vnímání) – poznávání

Při příjmu byl nemocný při vědomí a plně orientován místem, časem a prostorem. Poškozenou paměť na sobě nepozoruje, slovní zásoba je normální. Řeč je setřelá, ale srozumitelná. Odpovědi na dotazy jsou adekvátní. Citlivost je snižena na levé polovině těla. Používá brýle, ale jenom na čtení. Čich a chuť nejsou pozměněny. Stav vědomí podle GCS byl hodnocen 15 body. Při přijetí bylo naměřeno podle NIHSS 14 bodů. Po podání trombolýzy se během jedné hodiny zdravotní stav nemocného částečně zlepšil a NIHSS byl 6 bodů. Nyní je klidný, řeč je srozumitelná a plynulá, sluch je neporušený. Okolí vnímá pozitivně a v nemocnici plně důvěřuje lékařům i sestřám. O svůj zdravotní stav se zajímá.

Měřicí techniky: GSC – 15 bodů, NIHSS – 14 bodů

Ošetřovatelský problém: 0

Sebepojetí – sebeúcta

Nemocný není moc spokojený se svým vzhledem. Trápí ho obezita. Tvrdí, že nemá pevnou vůli a nedokáže si odepřít některé ne moc zdravé jídla. Je komunikativní a společenský.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: Obezita

Role – vztahy

S navazováním kontaktů nemocný nikdy problémy neměl. Bydlí v panelovém třípokojevém bytě s manželkou. Spolu mají dvě dcery, které už mají své vlastní rodiny. Je v důchodu. Pravidelně, jednou za měsíc uspořádají rodinnou akci, kde se všichni sejdou. Rodina je pro něj velice důležitá. Manželka chodí na návštěvy každý den a s dcerami si denně telefonuje. Nechce, aby ho nyní navštěvovaly, cítí se méněcenný, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Těší se, až ho propustí z nemocnice a všechny opět uvidí. Po manželce se mu stýská. V nemocnici je na jednolůžkovém pokoji a se zdravotnickým personálem vychází dobře. Je komunikativní a přátelský.

Měřicí techniky: 0

Ošetrovatelský problém: Pocit méněcennosti; Stesk po manželce.

Reprodukce – sexualita

Nemocný trpí hypertrofií prostaty a pravidelně užívá léky. V manželském vztahu je velmi spokojen.

Měřicí techniky: 0

Ošetrovatelský problém: 0

Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance

V zátěžových situacích je nemocnému velkou oporou manželka. Uklidňující léky na léčbu stresu nepoužívá. Má pár kamarádů, se kterými chodí občas na pivo. Před rokem byl na operaci tříselné kýly, ale nepovažuje to za stresovou situaci. Nemocný je kuřák, kouří 15 až 20 cigaret denně. Tvrdí, že ho cigarety uklidňují. Nyní je otřesen svým zdravotním stavem, i když přiznává, že tomu napomohl. Uvědomuje si rizika kouření a obezity. Tvrdí, že s kouřením opravdu skončí.

Měřicí techniky: 0

Ošetrovatelský problém: Obava z nemoci a hospitalizace.

Víra – životní hodnoty

Nemocný je bez vyznání, věří jen sám sobě. Největší význam pro něj má rodina. Je celkem spokojen se svým životem. Těší se na vnoučata.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Bezpečnost

Nemocnému byl při příjmu zaveden PŽK z důvodu podávání intravenózních léků. Je dostatečně informován o bezpečném zacházení s katétrem a nutnosti pravidelného převazu. Má obavy z budoucnosti. Neví, jestli se z té nemoci dostane. Bojí se, že bude závislý na ostatních.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: Možný vznik infekce; Pocit nejistoty.

Komfort

Nemocný neudává žádné problémy s trávením, jako jsou nauzea a zvracení. Nemá problémy s navazováním vztahu.

Měřicí techniky: 0

Ošetřovatelský problém: 0

Jiné

Nemocný neví o žádných důležitých informacích, nebo problémech, které se týkají zdravotního stavu nebo životních událostí.

(ARCHALUSOVÁ, 2005, MASTILIAKOVÁ, 2002, TRACHTOVÁ, 1999)

10. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

Pohyblivost porušená v souvislosti s neuromuskulárním poškozením (slabost, levostranná hemiparéza), projevující se omezeným rozsahem pohybu, obtížemi při otáčení se na lůžku a sníženou svalovou silou.

Péče o sebe sama nedostatečná při hygieně, oblékání a příjmu potravy v souvislosti s neuromuskulárním postižením, projevující se neschopností umýt a osušit jednotlivé části těla, porušenou schopností obléci si nebo svléknout části oděvu a neschopnosti připravit si jídlo.

Úzkost, mírná v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se nejistotou, podrážděností, rozrušeností a slovním vyjádřením nemocného.

Sebeúcta situačně snižená v souvislosti se ztrátou zdraví (ochrnutím), projevující se výrazem studu, hodnocením sebe sama jako neschopného zvládnout různé situace a bezmocností.

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem v poměru k metabolickým požadavkům, projevující se zvýšením tělesné hmotnosti o 20 % nad ideální normu vzhledem k výšce a tělesné konstituci, dysfunkčním způsobem přijímání potravy a méněcennosti.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PŽK a PMK a nedostatkem znalosti o zamezení vlivů patogenů.

Kožní integrita, riziko porušení v souvislosti s obezitou a tělesnou imobilizací

Zácpa, riziko vzniku v souvislosti se změnou prostředí a sníženou celkovou aktivitou

10.1 AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Pohyblivost porušená v souvislosti s neuromuskulárním poškozením (slabost, levostranná hemiparéza), projevující se omezeným rozsahem pohybu, obtížemi při otáčení se na lůžku a sníženou svalovou silou.

Priorita: vysoká

Dlouhodobý cíl: Nemocný udržuje správnou polohu těla po celou dobu hospitalizace

Krátkodobý cíl: Nemocný zná rizika spojená se zhoršenou pohyblivostí do 2 dnů

Výsledná kritéria:

Nemocný ví, kde má signalizační zařízení a ví jak ho použít – do 1 hodiny

Nemocný umí používat vhodné pomůcky usnadňující pohyb do 1 dne

Nemocný zná příčinu porušené pohyblivosti do 1 dne

Nemocný projevuje účast při aktivitách do 12 hodin

Nemocný má zachovanou kožní integritu – denně

Intervence:

Posuď úroveň soběstačnosti pomocí testu ADL v den přijetí, dále podle stavu nemocného – všeobecná sestra

Použij elastické punčochy na dolní končetiny nemocného, jako prevenci tromboembolické nemoci – do 1 dne, dále dle ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra

Měř a zaznamenávej do dokumentace fyziologické funkce (TK, P, TT) každé dvě hodiny v den přijetí, dále dle ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra

Nauč nemocného používat pomůcky k otáčení na lůžku (např. hrazda) – do 2 hodin – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Poskytni nemocnému dostatek času na provedení různých pohybových úkonů – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Dbej na bezpečnost nemocného zajištěním lůžka postranicemi a signalizačním zařízením – do 2 hodin – všeobecná sestra

Zajisti, aby byl noční stolek přistaven k postižené straně nemocného – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Spolupracuj s fyzioterapeutkou a naplánuj individuální pohybový program – do 3 hodin – všeobecná sestra

Zapoj nemocného a jeho rodinu do péče a nauč je zvládat problémy s imobilitou – do 1 dne – všeobecná sestra

Podporuj nemocného v jeho snaze o zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti – při každém kontaktu – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Prováděj s nemocným pasivní a aktivní cviky a všímej si, jak toleruje aktivitu – každé 3 hodiny – všeobecná sestra, fyzioterapeutka

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

Při příjmu jsem nemocného uložila na monitorovací lůžko a změřila fyziologické funkce. TK – 180/120 mm/Hg, P – 62/min., TT – 36,6 °C. Zabezpečila jsem lůžko zvednutím bočnic, zajistila nemocnému signalizační zařízení a poučila ho o správném zacházení. Noční stolek jsem přistavila k postižené straně nemocného z důvodu snadnější sebeobsluhy ze strany nemocného. Navlékla jsem mu elastické punčochy na dolní končetiny, jako prevenci tromboembolické nemoci.

Poté jsem u nemocného zhodnotila úroveň soběstačnosti pomocí testu ADL – výsledek 35 bodů – vysoce závislý. Seznámila jsem nemocného s výsledkem testu a poučila ho o nutnosti pravidelné rehabilitace.

Po podání trombolýzy se zdravotní stav nemocného částečně zlepšil, pořád ale přetrvává levostranná hemiparéza. Zajistila jsem konzultaci s fyzioterapeutkou, se kterou jsme naplánovaly pohybový program. Každé tři hodiny jsme prováděly cviky na lůžku. Nemocný se snažil spolupracovat. Poučila jsem ho o možnosti používat hrazdu k otáčení na lůžku. Navštívila ho manželka, kterou jsem poučila o nutnosti pravidelné rehabilitace, která může vést k úplnému uzdravení.

Druhý den se stav nemocného postupně zlepšoval. Ochota cvičit se postupně zvyšovala. Zvládl se s pomocí posadit.

Třetí den byl nemocný soběstačný v rámci lůžka. Dopomoc potřeboval při chůzi.

Nemocnému jsem denně každé dvě hodiny měřila a zaznamenávala do dokumentace fyziologické funkce. TK nemocného kolísal podle jeho aktivity.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Nemocný zná rizika spojená se zhoršenou pohyblivostí a udržuje správnou polohu těla po celou dobu hospitalizace. Oba cíle byly splněny.

Péče o sebe sama nedostatečná při hygieně, oblékání a příjmu potravy v souvislosti s neuromuskulárním postižením, projevující se neschopností umýt a osušit jednotlivé části těla, porušenou schopností obléci si nebo svléknout části oděvu a neschopností připravit si jídlo.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Nemocný je čistý, upravený a nemá pocit hladu po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný ví, jak má pečovat o zdraví – do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Nemocný zná důvod nesoběstačnosti – do 1 hodiny

Nemocný si sám umyje obličej na lůžku – do 2 dnů

Nemocný si sám vyčistí zuby na lůžku – do 2 dnů

Nemocný se sám nají, po přípravě pokrmu k lůžku – do 2 dnů

Intervence:

Prováděj celkovou toaletu na lůžku a zajisti soukromí při hygieně – 2x denně první den, dále dle stavu nemocného – ošetřovatelka, všeobecná sestra

Prováděj výměnu osobního a ložního prádla – 2x denně první den, dále podle potřeby – ošetřovatelka, všeobecná sestra

Umožní nemocnému hygienu dutiny ústní po jídle – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zhodnot' potřebu holení – do 1 dne, dále podle potřeby – ošetřovatelka, všeobecná sestra

Zhodnot' stav chodidel a rukou, všiměj si exantému, suchosti nebo narušení kůže – do 1 dne, dále podle stavu nemocného – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Poskytni nemocnému dostatek času, aby mohl dokončit úkol v celém rozsahu svých schopností – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Ulož nemocného do vhodné polohy (v polosedě) 10 až 15 minut před jídlem – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Uprav pokrm nemocného tak, aby ho byl schopný sníst sám (nakrájet maso, namazat chleba máslem) – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Udržuj přiměřenou teplotu jídla – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Sleduj kožní turgor – denně – všeobecná sestra

Zapoj rodinu do účasti při vykonávání denních životních aktivit u nemocného – denně – všeobecná sestra

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

Vzhledem k tomu, že je nemocný upoután na lůžko, je jen částečně soběstačný a vyžaduje dopomoc ošetřujícího personálu. První den jsem komplexní hygienickou péči prováděla s ošetřovatelkou na lůžku. Nemocný se snažil o samostatnost, umyl si obličej, trup a postiženou ruku. Změny na kůži nejsou přítomny, kůže je dostatečně hydratovaná.

Před každou konzumací jídla jsem nemocnému umožnila umytí rukou. Jídlo jsem servírovala v přiměřené teplotě, aby nedošlo k poranění ústní sliznice. Před konzumací jídla jsem přistavila servírovací stolek a upravila polohu nemocného. V případě potřeby jsem mu pomohla s rozkrájením jídla. Neustále jsem podporovala samostatnost nemocného a povzbuzovala ho.

V průběhu dvou dní došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu. Nemocný byl třetí den plně soběstačný v rámci lůžka. Zvládl se sám najíst a umýt. Po domluvě

s ošetřujícím lékařem jsem nemocného zavezla do sprchy, kde se s minimální dopomocí vysprchoval a také oholil.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Oba cíle byly splněny. Nemocný ví, jak má pečovat o zdraví, je čistý, upravený a nemá pocit hladu.

Úzkost, mírná v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se nejistotou, podrážděností, rozrušeností a slovním vyjádřením nemocného.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Nemocný využívá svých schopností a naučených dovedností k účinnému zvládnutí pocitu ohrožení po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný zná způsoby, jak si poradit s úzkostí do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Nemocný je schopen zvládat subjektivní pocity úzkosti do 2 dnů

Nemocný udává minimální úroveň osobní úzkosti do 2 dnů

Nemocný je schopen slovy popsat pocity úzkosti do 2 dnů

Nemocný působí uvolněněji do 2 dnů

Intervence:

Zjistí možnou příčinu úzkosti od nemocného a rodinných příslušníků – do 1 dne
– všeobecná sestra

Sleduj projevy narůstající úzkosti – denně – všeobecná sestra

Informuj nemocného o léčebném postupu a nutnosti jeho spolupráce – do 1 dne
– všeobecná sestra

Komunikuj s nemocným klidně, nespěchej, naslouchej mu se zájmem, úctou a respektem – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Povzbuzuj nemocného, aby vyjádřil hněv, podrážděnost a umožni mu plakat – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zapoj nemocného do nejrůznějších aktivit, které mohou odvádět pozornost od problémů (např. televize, čtení) – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Nauč nemocného, jak efektivně řešit problémy – do 1 dne – všeobecná sestra

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

První den hospitalizace byla nemocnému lékařem i sestrou vysvětlena příčina hospitalizace, průběh onemocnění, jeho možné komplikace a prognóza. Dále byl vysvětlen průběh diagnostických, terapeutických i ošetřovatelských opatření. Nemocný udává pocit nejistoty, má strach, že se nemoc bude zhoršovat a opakovat.

Po celou dobu hospitalizace jsem sledovala projevy narůstající úzkosti a snažila se nemocného odpoutat od negativních myšlenek. Pokoušela jsem se ho zabavit různými aktivitami, jako čtení časopisů, sledování televize a poslouchání rádia. Vysvětlovala jsem mu, že mírná úzkost je normální součást života. Každou vhodnou chvíli jsem věnovala komunikaci s nemocným, aktivně jsem jej vybízela ke komunikaci. Při příchodu manželky jsem u nemocného vyzorovala zmírnění úzkostí a lepší náladu. Požádala jsem ji, pokud to je možné o její častější návštěvy.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Cíl krátkodobý byl splněn. Nemocný zná způsoby, jak si poradit s úzkostí. Cíl dlouhodobý byl také splněn, nemocný využívá svých schopností ke zvládnutí pocitů úzkosti.

Sebeúcta situačně snižená v souvislosti se ztrátou zdraví (ochrnutím), projevující se výrazem studu, hodnocením sebe sama jako neschopného zvládnout různé situace a bezmocností.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Nemocný nemá projevy viditelného sebe-destruktivního chování a jednání po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný chápe, co může očekávat od své role a uvědomuje si závazky spojené s ní do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Nemocný akceptuje změny, které nastaly do 1 dne

Nemocný udává zvýšení svého sebevědomí do 2 dnů

Nemocný slovně vyjádří realistické vnímání sebe sama do 2 dnů

Nemocný prezentuje upravený zevnějšek, který odráží péči o sebe sama do 2 dnů

Nemocný využívá vhodné komunikační a asertivní techniky do 2 dnů

Intervence:

Nauč nemocného verbalizovat své pocity a problémy – do 1 dne – všeobecná sestra

Informuj nemocného pravdivě a srozumitelně – denně – všeobecná sestra

Povzbuzuj nemocného k vyjádření pocitů a úzkostí – denně – všeobecná sestra

Aktivně naslouchej nemocnému – denně – všeobecná sestra

Podporuj nezávislost nemocného v každodenních činnostech – denně – všeobecná sestra

Pomáhej nemocnému v hygienické péči a úpravě zevnějšku – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

První den hospitalizace nemocný udává obavy z toho, že bude na obtíž manželce a dětem a že nebude moct vykonávat činnosti, které vykonával dříve. Nemocnému jsem vysvětlila, že pokud bude dodržovat léčebný a rehabilitační režim, může dojít k úplnému uzdravení. Informace, které jsem mu sdělovala, byly srozumitelné. Snažila jsem se ho povzbuzovat k vyjádření pocitů a úzkostí. Nevěřil, že dojde k úplné úpravě zdravotního stavu.

Druhý den jsem vyzorovala zlepšení nálady a aktivní přístup. Nemocný sám udává, že se cítí lépe. Oceňuje pomoc ošetřovatelského personálu. Prezentuje upravený zevnějšek, který odráží péči o sebe sama. U nemocného jsem podporovala nezávislost

v každodenních činnostech. Pravidelná návštěva manželky nemocného hodně povzbuzovala.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Nemocný chápe, co může očekávat od své role, uvědomuje si závazky spojené s ní a nemá projevy viditelného sebe-destruktivního chování. Oba cíle byly splněny.

Výživa porušená, nadměrná v souvislosti s nadměrným příjmem v poměru k metabolickým požadavkům, projevující se zvýšením tělesné hmotnosti o 20 % nad ideální normu vzhledem k výšce a tělesné konstituci, dysfunkčním způsobem přijímání potravy a méněcennosti.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Nemocný dodržuje dietní opatření po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný si uvědomuje potřebné změny ve stravovacích zvyklostech (zařazení nebo vyloučení určitých jídel) do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Nemocný vyjádří zájem dosáhnout přiměřené tělesné hmotnosti vzhledem ke své výšce a tělesné konstituci do 1 dne

Nemocný si osvojí změnu v způsobu příjmu potravy do 2 dnů

Nemocný zná příčiny, které způsobují váhový přírůstek do 2 dnů

Intervence:

Zjistí příčiny zvýšeného příjmu potravy – do 6 hodin – všeobecná sestra

Odeber anamnézu s důrazem na příjem potravy – do 12 hodin – všeobecná sestra

Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem – do 6 hodin, dále podle potřeby – všeobecná sestra

Sleduj denní příjem potravy a tekutin, kdy, kde a jak nemocný jídlo a tekutiny konzumuje – denně – všeobecná sestra

Prodiskutuj nevhodné jídelní zvyklosti a navrhní potřebné změny – do 1 dne
– všeobecná sestra, nutriční terapeut

Pomoz nemocnému sestavit jídelníček tak, aby obsahoval pokrmy, které vyhovují jeho chuti a jsou pro něj finančně dostupné

Zdůrazní nutnost dostatečného příjmu tekutin – do 6 hodin – všeobecná sestra, nutriční terapeut

Zdůrazní význam pravidelného cvičení s ohledem ke zdravotnímu stavu – do 6 hodin
– všeobecná sestra

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

Při přijetí jsem odebrala anamnézu nemocného, zaměřenu na stravovací návyky. Udává nepravidelnou a ne moc zdravou stravu. Vzhledem k nepohyblivosti jsem ho nezhodila. Na základě údajů sdělených nemocným, jsem vypočítala BMI. Výška – 180 cm, hmotnost – 110 kg, BMI – 33,95.

Nemocný je obézní, tuková tkáň je přítomná nejvíce na břiše. Ošetřující lékař naordinoval redukční dietu. Zajistila jsem konzultaci s nutričním terapeutem, který nemocného poučil o zdravém stravování a dodržování dostatečného příjmu tekutin. Vysvětlil mu potřebné změny stravovacích zvyklostí a zdůraznil také potřebu zvýšit pohybovou aktivitu s ohledem na zdravotní stav. Poučil ho o rizicích, které jsou spojené s obezitou a také s kouřením. Na žádost nemocného byl sestaven jídelníček podle pokrmů, které mu vyhovují a jsou finančně dostupné. Nemocný oceňoval rady nutričního terapeuta.

Denně jsem sledovala bilanci tekutin a zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Nemocný dodržuje dostatečný pitný režim a pravidelně se stravuje. Uvědomuje si potřebných změn ve stravovacích zvyklostech. Oba cíle byly splněny.

10.2 POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením PŽK a PMK a nedostatkem znalosti o zamezení vlivů patogenů.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Nemocný nemá projevy infekce po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný chápe důvod zavedení PŽK a PMK do 1 hodiny

Intervence:

Vysvětlí důvod a postup zavedení PŽK a PMK – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Pouč nemocného o známkách značících infekci (např. otok, zarudnutí a bolest) – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Dodržuj aseptický postup při převazech – 1x denně a podle potřeby – všeobecná sestra

Dodržuj správné mytí rukou – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Kontroluj funkčnost PŽK a PMK – denně – všeobecná sestra

Sleduj TT 3x denně a hodnoty zánětlivých parametrů v krvi 1x denně a podle potřeby – všeobecná sestra

Zhodnot' a dokumentuj stav kůže v místech zavedení PŽK a PMK a vše zaznamenávej do dokumentace – 2x denně a podle potřeby – všeobecná sestra

Informuj lékaře při známkách sepse (např. horečka, třesavka, pocení) – všeobecná sestra

Odstraň PŽK a PMK při známkách značících infekci – všeobecná sestra

Podávej antipyretika a antibiotika podle ordinace ošetřujícího lékaře a sleduj jejich účinek a vedlejší účinky – všeobecná sestra

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

První den hospitalizace byl nemocnému zaveden PŽK a PMK. Podrobně jsem mu vysvětlila důvod a postup zavádění. Poučila jsem ho o známkách značících infekci a nutnosti nahlásit všechny změny jako je např. bolest, zarudnutí či otok.

PŽK jsem 1x denně asepticky převazovala a kontrolovala jeho průchodnost. Okolí vpichu nejví známky infekce. Nemocnému jsem 3x denně měřila TT, která byla po celou dobu hospitalizace v normě.

PMK jsem při každé hygieně dezinfikovala roztokem Mucosy a kontrolovala jeho funkčnost. Moč je čirá a bez patologické příměsi. Třetí den hospitalizace jsem po domluvě s ošetřujícím lékařem a po konzultaci s nemocným PMK odstranila. Důvodem byla soběstačnost nemocného při vyprazdňování.

Vždy, před ošetřením nemocného jsem si umyla a vydezinfikovala ruce. Všechny provedené úkony a stav nemocného jsem zaznamenávala do dokumentace.

Hodnocení: 18. 01. 2012

V době hodnocení nemocný chápe důvod zavedení PŽK a PMK a nejsou přítomné známky infekce. Z důvodu výrazného zlepšení zdravotního stavu, byly nemocnému v den hodnocení odstraněny PŽK a PMK, proto nemusí ošetrovatelské intervence pokračovat. Oba cíle byly splněny.

Zácpa, riziko vzniku v souvislosti se změnou prostředí a sníženou celkovou aktivitou.

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Nemocný se vyprázdní do 3 dnů

Cíl krátkodobý: Nemocný zná příčiny vzniku zácpy do 2 dnů

Intervence:

Zhodnot' možnou příčinu vzniku zácpy – do 12 hodin – všeobecná sestra

Zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev do 1 dne – všeobecná sestra

Sleduj příjem a výdej tekutin každé dvě hodiny první den, dále dle ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Překontroluj léky z hlediska ovlivnění střevní funkce – do 6 hodin – všeobecná sestra

Zjistí, zdá nemocný užívá projímadla – do 6 hodin – všeobecná sestra

Prodiskutuj s nemocným, co je fyziologický stav a přijatelné odchylky způsobu vyprazdňování – do 1 dne – všeobecná sestra

Pouč nemocného o možnosti vyprázdnění stolice do podložní mísy na lůžku – do 2 hodin – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Dbej na dostatek soukromí při defekaci – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

První den jsem nemocného poučila o významu pravidelného vyprazdňování a důležitosti pitného režimu. Vysvětlila jsem mu příčinu vzniku možné zácpy. Nemocný udává, že doma problémy neměl, projímadla neužíval a poslední stolice byla včera ráno (15.01.). Teď má nepříjemné pocity z toho, že je nesoběstačný a nemůže vykonat potřebu bez pomoci personálu.

Druhý den hospitalizace nemocný udává nepříjemné pocity v břiše. Vzhledem k zlepšení stavu nemocného, jsem mu přivezla pojízdné WC, ale k vyprázdnění nedošlo. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem jsem mu aplikovala Glycerinový supp. Stolice v ten den nebyla.

Třetí den ráno, kdy byl celkový stav nemocného výrazně lepší, jsem ho zavezla na WC, kde došlo k vyprázdnění stolice. Konzistence a barva stolice byla normální. Po vyprázdnění jsem zajistila dostatečnou hygienu. Nemocný pociťoval velkou úlevu.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Oba cíle byly splněny. Nemocný zná příčinu vzniku zácpy a k vyprázdnění stolice došlo do 3 dnů hospitalizace. Protože riziko vzniku zácpy pořád trvá, je potřeba pokračovat v intervencích.

Kožní integrita, riziko porušení v souvislosti s obezitou a tělesnou imobilizací

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Nemocný má neporušenou, dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Nemocný ví důležitost preventivních opatření do 1 dne

Intervence:

Zhodnot' stav kůže a stupeň rizika vzniku dekubitů pomocí Nortonové stupnice – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Pečuj o kůži nemocného a ošetřuj oblasti vystavené tlaku vhodnými přípravkami (např. masážní emulze, Menalind krém) – každé dvě hodiny první den, dále dle stavu nemocného – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Polohuj nemocného pomocí antidekubitálních pomůcek každé dvě hodiny v den přijetí, dále dle stavu nemocného – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Upozorní nemocného a jeho rodinu na význam pravidelné péče o kůži pro prevenci problémů – do 12 hodin – všeobecná sestra

Povzbuzuj nemocného ke spolupráci – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka

Zdůrazní význam dostatečného příjmu tekutin pro udržení celkového zdraví a kožního turgoru – do 1 dne – všeobecná sestra

Předcházej tření při změně polohy nemocného, používej otáčecí pomůcky (např. prostěradlo) – ošetřovatelka, všeobecná sestra

Realizace: od 16. 01. 2012 do 18. 01. 2012

První den hospitalizace jsem zhodnotila stav kůže nemocného a stupeň rizika vzniku dekubitů pomocí Nortonové stupnice. Výsledek byl 17 bodů (vysoké riziko vzniku dekubitů). Kůže nemocného je opocená, jinak bez defektů. Nemocného jsem každé dvě hodiny polohovala pomocí antidekubitálních pomůcek a na riziková místa jsem použila Menalind krém. Lůžko jsem udržovala čisté a suché. Byla nutná častější výměna ložního prádla z důvodu většího pocení. Pravidelně jsem kontrolovala povrch kůže nemocného.

Druhý den se stav nemocného zlepšil. Byl soběstačnější v rámci lůžka a polohování již nebylo nutné. Navštěvovala ho fyzioterapeutka, se kterou aktivně prováděl cvičení. Neustále jsem nemocného nabádala ke spolupráci. Navštívila ho manželka, kterou jsem edukovala o významu pravidelné péče o kůži.

Hodnocení: 18. 01. 2012

Oba cíle byly splněny. Nemocný chápe význam polohování a k poruše kožní integrity nedošlo. Riziko porušení kožní integrity přetrvává, proto je i nadále nutné pokračovat v intervencích.

(DOENGES; MOORHOUSE, 2001, ČERVINKOVÁ, 2004)

11. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče probíhala podle stanoveného ošetrovatelského plánu. Nemocný byl dostatečně informován o onemocnění a průběhu léčby. Během hospitalizace se velmi aktivně zapojoval do všech činností, které se týkaly péče o jeho zdraví. S ošetřujícím personálem vycházel bez problémů a celkový pobyt v nemocnici hodnotil kladně. Největším problémem nemocného bylo přijmout dané onemocnění. Po následné úpravě zdravotního stavu byl velmi rád, že se situace, která se zdála bezvýchodná, vyřešila. Největší oporou mu byla manželka, která ho pravidelně navštěvovala.

Díky lékařským a ošetrovatelským intervencím a aktivní spolupráci nemocného došlo k výrazné úpravě zdravotního stavu. Již třetí den byl prakticky soběstačný. Vzhledem k potřebě další rehabilitace, byl nemocný přeložen na standardní oddělení neurologické kliniky.

11.1 DOPORUČENÍ PRO NEMOCNÉHO

Z medicinského hlediska je prognóza nemocného velmi dobrá. Nemocný je dostatečně informován o současném onemocnění, pravděpodobném vývoji a možných komplikacích. Jediný způsob jak může ovlivnit svůj osud je vybudovat si správný životný styl.

Nemocnému je doporučeno dodržovat správnou životosprávu, která vede ke snížení tělesné hmotnosti. Je upozorněn na nevhodnost kouření, pití destilátu a černé kávy. Nedílnou součástí zdravého životního stylu je dostatek pravidelného pohybu a rekreačních sportů. Nemocný je poučen o významu rehabilitace po proběhlé CMP a o důležitosti jejího pokračování po propuštění. Dále je doporučeno pravidelné užívání předepsaných léků a pravidelné kontroly u lékaře. Tyto informace jsou sdělené také manželce nemocného.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přiblížit problematiku ischemické CMP s důrazem na individuální ošetrovatelskou péči. U nemocných s CMP nelze stanovit jednotný postup, vždy musí být terapie přizpůsobená stavu a možnostem postiženého. Obecně platí, že terapii je nutné zahájit co nejdříve. Přes veškeré možnosti současné léčby, je stále nejvhodnější a nejvýhodnější primární prevence. Proto by veřejnost měla být včas a dostatečně informována o správném životním stylu a dopadech rizikových faktorů. CMP patří k nemocem, kde rehabilitační péče zaujímá zásadní roli již v akutní fázi.

Ošetrovatelský proces byl realizován na jednotce intenzivní péče neurologické kliniky. Při sběru informací byl použit model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové. Nemocný velmi ochotně spolupracoval a většina vytýčených cílů, jak krátkodobých, tak dlouhodobých byla splněna.

SEZNAM LITERATURY (zpracováno dle ČSN 690:2, 1997)

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Ráby : Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra - SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
3. BERLIT, Peter. 2006. *Memorix neurologie*. Z něm. orig. přel. Dagmar Kolínská. Praha : Grada Publishing, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.
4. ČERVINKOVÁ, Eliška et al. 2004. *Ošetrovatelské diagnózy*. 3. nezměněné vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
5. DOENGES, E. Marilyn - MOORHOUSE, Frances Mary. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Ivana Suchardová. Praha : Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
6. FEIGIN, Valery. 2007. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Z angl. orig. přel. Blanka Kalvachová, Stanislav Matoušek. Praha : Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.
7. HERZIG, Roman. 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha : Maxdorf, s.r.o., 2008. 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
8. KAŇOVSKÝ, Petr et al. 2007. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatelství I. díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
11. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatelství II. díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

12. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1150-8.
13. NĚMCOVÁ, Jitka - MAURITZOVÁ, Ilona. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň : Maurea, s.r.o., 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
14. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa et al. 2002. *Neurologie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.
15. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Ze slov. orig. přel. Hana Horová. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
16. SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
17. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I: Interna*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
18. TRACHTOVÁ, Eva et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
19. VOKURKA, Martin et al. 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozšířené vyd. Praha : Maxdorf, 2007. 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1999. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Z angl. orig. přel. Simona Šeclová. Praha : Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- BAUER, Jiří. 2010. *Cévní mozková příhoda*. [online]. Medical tribune. [2010-11-28].
Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/20216-cevni-mozkove-prihody>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	NIHSS	I
Příloha B	Nortonová stupnice	II
Příloha C	Barthelův test	III
Příloha D	Souhlas s nahlížením do dokumentace	IV

NIHSS		Jméno	Rodné číslo				
		3 F	* 19951				
Hodnocení		PŘIJETÍ	2 HOD	24 HOD	72 HOD	7 DNÍ/ PROP	
Datum		16. 1. 22					
1a. Úroveň vědomí	0 - plně při vědomí, spolupracující zvolit takový testovací impuls, aby oběhl případné překážky (otrava, trauma, jazyk, bariera, intubace), testuje se vždy.	0	0				
1b. Slovní odpovědi	0 - obě odpovědi zcela správně ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nápovědy.	0	0				
1c. Vyhovnění výzám	0 - oba úkony správně požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0	0				
2. Okulomotorika	0 - bez patologie testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s barierou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexivní pohyby (ne klonické testování). Testujeme i pac. v komatu.	1	0				
3. Zorné pole	0 - bez postižení vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mřkvaého reflexu.	1	0				
4. Faciální paresa	0 - symetrický pohyb, bez postižení Cenění zubů, zavření očí, elevace obočí.	2	0				
5. a 6. Motorika	0 - bez kolísání HKK do 90 st. v sačě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uočluje při jiném postižení končetiny - vysvětlit.	LHK PHK LDK PDK	4 3 4 3	3			
7. Ataxie končetin	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Koma. testování prstonožím na HKK a na DKK pas-pas. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U stepých: nos-náležná HK v komatu, při plegi st. se hodnotí 0.	0	0				
8. Senzitivita	0 - bez poruchy čti zkouší se ostřejším předmětem, u nespolupracujících apixickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Koma hodnotíme 2.	1	0				
9. Řeč	0 - bez afázie testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DĚKUJI, ELEKTŘINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak došlo na zem, jsem už z práce doma, Popis ootráku.	0	0				
10. Dysartrie	0 - nepřítomna Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	1	0				
11. Neglect	0 - nepřítomen Použij simultánní stimulační traku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0	0				
CELKOVÉ NIHSS		14	6				
12. Distální motorika	0 - extenzuje plně na 5 sekund nezapočítává se do celkového skóre Testujeme extenzi rukou a prstů HKK v předpažení. Pouze první odpověď.	Levá HK Pravá HK					
Vyšetřující							

Zdroj: <http://www.cmp.cz/public/f5/3d/81/4009_16400_formular_k_vyphovani_nihss.pdf>

Rozšířená stupnice Nortonové								
	Věk	Stav kůže	Zvištní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	• úplná • do 10 let	• normální	• žádné	• dobrý	• bdělý	• chodící samostatně	• úplná	• kontinentní
3	• malá • do 30 let	• suchá, šupinatá	• snížení imunity • horčeka • diabetes mellitus	• zhoršený	• apatický	• chodící s doprovodem	• částečně omezená	• občasná inkontinence
2	• částečná • do 60 let	• vlhká	• sklerosis multiplex • obezita • anemie	• špatný	• znatelný	• sedící na lůžku, v křesle	• velmi omezená	• inkontinence převážně moče
1	• žádná • 60 let +	• alergie, porušená	• onemocnění cév • kachexie • karcinom	• velmi špatný	• bezvědomí	• ležící	• žádná	• inkontinence moče a stolice
Riziko vzniku dekubitů		nizké (25 - 24 bodů)	střední (23 - 19 bodů)	vysoké (18 - 14 bodů)				
								Celkem 18

Zdroj: <http://is.muni.cz/th/204417/lf_m/Priloha_c_1_Norton_stupnice.pdf>

Barthelův test základních všedních činností.
/ADL-activity daily living)

Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01. Najedení, napítí	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
02. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
03. Koupání	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
04. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	05
	Neprovede	00
05. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Trvale inkontinentní	00
06. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	05
	Inkontinentní	00
07. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	Neprovede	00
08. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	05
	Neprovede	00
09. Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí 50 metrů	10
	Na vozíku 50 metrů	05
	Neprovede	00
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	05
	neprovede	00

Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: <<http://skripta.kachitta.net/tul/uzs/test-barthel.doc>>

