

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

**OVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MARTINA SEDLÁKOVÁ, DiS.

Studijní obor: všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N.

Praha 2012

Prohlá-uji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezentací
zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. 5. 2012

Podpis í í í í í í í í í í í í í

ABSTRAKT

SEDLÁKOVÁ, Martina. Ošetřovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD., R.N. Praha. 2012. 60 s.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část charakterizuje cévní mozkovou příhodu. Popisuje její příčiny, rizikové faktory, důsledky, příznaky diagnostiku a terapii. Praktickou část tvoří kazuistika pacienta s cévní mozkovou příhodou, která je zpracována formou ošetřovatelského procesu. Součástí praktické části je úvod do praktické části, kde popsána hospitalizace na neurologickém oddělení JIP. Tato část popisuje rozvoj obtíží, příjem pacienta a trombolýzu. V ošetřovatelském procesu byl použitý model Oremové, který byl nejvhodnější vzhledem ke stavu pacienta. Byly stanoveny aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy dle priorit pacienta. Pro příklad byly rozpracovány i aktuální diagnózy, které byly pro pacienta prioritní.

Klíčová slova

Biologické potřeby. Cévní mozková příhoda. Ošetřovatelská diagnóza. Ošetřovatelský proces. Psychické potřeby.

ABSTRACT

SEDLÁKOVÁ, Martina. Nursing porocess in a patient with vascular cerebral stroke. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Qualification: Bachelor. Tutor: doc. PhDr. Jitka N mcová, PhD., R.N. Praha. 2012. 60 s.

The main theme of the Bachelor thesis nursing process in a patient with vascular cerebral stroke. The work is divided in to theoretical and practical part. The theoretical part is characterized by hypothetically. Describes the causes, risk factors, symptoms, diagnosis, and therapy. The practical part consists of the Casuistry of the patient with vascular cerebral stroke, which is handled by the form of the nursing process. Part of the practical part is an introduction to the practical part where hospitalization on the neurological Department described the ICU. This section describes the development difficulties, to receive the patient and trombolýzu. In the o-et ovatelském process was used Oremové model, which was the most appropriate given the condition of the patient. Set the current and potential nursing diagnoses according to the priorities of the patient. For example, the three current diagnosis were developed, which were a priority for the patient.

Key words:

Biological needed. Nursing diagnosis. Nursing process. Psychological needed. Vascular cerebral stroke.

OBSAH

ÚVOD	11
1 Cévní mozková příhoda	12
1.1 Příčiny CMP	13
1.2 Rizikové faktory	14
1.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné	14
Pohlaví a věk	14
Genetika	14
1.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné	15
Ateroskleróza	15
Srdce a cévní onemocnění	15
Diabetes mellitus	16
Dyslipidémie	16
Abúzus nikotinu	16
Abúzus alkoholu	17
Hormonální antikoncepce	17
1.3 Léčba CMP	18
1.3.1 Transitorní ischemická ataka	20
1.3.2 Subarachnoidální krvácení	22
1.4 Příznaky CMP	24
1.5 Diagnostika	25
1.6 Terapie	27
1.6.1 Léčba ischemického typu	28
1.6.2 Léčba hemoragického typu	30
2 Úvod do praktické části	32
2.2 Příjem na JIP	32
2.2.1 Trombolýza dle standardu ONO v Kladně	33

3	Ošetřovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou	37
3.1	Sbírka informací ze dne 13.1. 2012	37
3.1.1	Měřicí techniky	42
3.2	Sesterská diagnostika	46
3.2.1	Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle priorit dne 13.1. 2012	47
3.3	Plánování, realizace, hodnocení	48
3.3.1	Bolest v oblasti krku způsoběná svalové ztuhlosti projevující se verbálními stížnostmi	49
3.3.2	Zápcha způsoběná změnou prostředí	50
3.3.3	Poruchy osobnostnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny, oblékání, stravování způsoběné poruchami tělesné hybnosti projevující se sníženou schopností vykonávat činnosti vedoucí k uspokojení základních potřeb	52
3.4	Zhodnocení ošetřovatelské péče	55
4	Diskuse	56
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Patologické hodnoty krevních odběr při příjmu	..32
Tabulka 2 Univerzální požadavky sebedě	..41
Tabulka 3 Vývojové požadavky sebedě	41
Tabulka 4 Terapeutické požadavky sebedě	...42
Tabulka 5 Rozšířená stupnice Nortonové	.í .42
Tabulka 6 Barthelův test základních vědních činností	.í .43
Tabulka 7 jednoduchá škála bolestí	..í .45
Tabulka 8 hodnocení rizika pádu	.í .45

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a. í í í í í í í ..arteria

ACM í í í í í í í arteria cerebri media

AG í í í í í í í ...angiografie

APTT í í í í í í í ..aktivovaný parciální tromboplastinový čas, test hemokoaguace

BMI í í í í í í í . body mass index

CMP í í í í í í í cévní mozková příhoda

CT í í í í í í í . počítačová tomografie

DM í í í í í í ídiabetes mellitus

EKG í í í í í í í ..elektrokardiogram

FS í í í í í í í í ...fibrilace síní

HDL í í í í í í í ... lipoprotein s vysokou hustotou

JIP í í í í í í í í ..jednotka intenzivní péče

LDL í í í í í í í í lipoprotein s nízkou hustotou

LSPP í í í í í í í ... lékařská služba první pomoci

MR í í í í í í í í ..magnetická rezonance

MZ í í í í í í í í ..ministerstvo zdravotnictví

NHIS í í í í í í í í ..škála pro hodnocení stavu nemocného s CMP

ON í í í í í í í í ...oblastní nemocnice

OSV í í í í í í í í ..osoba samostatně výdělečně činná

PDK í í í í í í í í .pravá dolní končetina

PHK í í í í í í í íhorní končetina

RIND í í í í í í í í .. reverzibilní ischemický neurologický deficit

QUICK í í í í í í protrombinový as, test hemokoaguace

RZP í í í í í í . rychlá zdravotnická pomoc

SAK í í í í í í .subarachnoidální krvácení

s.c. í í í í í ísubkutální

TIA í í í í í í ...transitorní ischemická ataka

Torrí í í í í í í . jednotka pro měření krevního tlaku

TK í í í í í í í krevní tlak

v. í í í í í í í í ..vena

VLDL í í í í í í ...lipoprotein s velmi nízkou hustotou

WHO í í í í í í í sv. tová zdravotnická organizace

ÚVOD

V průběhu života se člověk může setkat se situacemi, které mu způsobí flivot. Jednou takovou situací může být vlastní prod lání CMP nebo výskyt v rodině .

Téma bakalářské práce je o-etovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou p íhodou. Tato problematika není v cí jen starších osob, ale postihuje i mladší v kové skupiny. Setkáváme se s pacienty, kteří úspěšně rehabilitují a zachovávají si sob stá nost, ale také s pacienty, kteří vyžadují neustálou o-etovatelskou pé i a z stávají plně závislí na okolí. Je to problém medicínský, ale také sociální a ekonomický. Představuje velikou zát íl pro pacienta, ale také pro rodinu, která je často zatížena dopady tohoto onemocn ní. Je prokázáno, že zvýšené náklady, které se ú elně vynaloží v asném stadiu, snižují letalitu, zkracují morbiditu a snižují invaliditu. Cílem bakalářské práce je zdokonalení teoretických znalostí o této nemoci, kvalitní poskytování o-etovatelské pé e u pacient , komunikace, porozum ní psychice a zpracování o-etovatelského procesu.

Cévní mozková p íhoda je druhou nejast jší neúrazovou p íinou úmrtí na celém světě . Ro n cévní mozková p íhoda postihne 15 milion lidí. V eské republice je úmrtnost na cévní mozkové p íhody ve věku do 65 let ve srovnání se zem ími Evropské unie dvojnásobná a dosahuje maxima u mužů ve věku mezi 49 a 65 lety. eská republika se spolu s dalšími zem ími zavázala na Helsinborské konferenci p íjmout organiza ní a lé ebná opat ení, která výrazně sníží počet úmrtí na CMP.

1 Cévní mozková příhoda

Podle definice WHO je cévní mozková příhoda akutní neurologická dysfunkce vaskulárního původu se subjektivními a objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku.

Mozková příhoda je někdy nazývána laicky mrtvicí. CMP patří v Česku společně s kardiovaskulárními a nádorovými onemocněními mezi tři nejčastější příčiny úmrtí. V současné době se setkáváme s problematikou nedostatečné osvěty a podceňování příznaků CMP. Mezi nejčastější příznaky patří například mravenčení horních a dolních končetin, slabost pravé nebo levé poloviny těla, porucha artikulace řeči (jako důvod se často udává suchost v ústech). V běžné lékařské praxi se užívá termín šichtusť.

Š Za jedinou minutu protéká mozkem 784 ml krve. Za 24 hodin je to 1 131 litr. 100 g tkáně je třeba proplachovat 56 ml za minutu krve. Spotřeba kyslíku činí 3,6 ml na 100 gram tkáně a spotřeba glukózy 5,5 miligram. Objem krve v mozku činí 15 % celkového objemu krve. Kyslíková spotřeba je 20 % (fiDICHYNEC, 2002, s. 181).

ŠNáhle zástava průvodu kyslíku krví umocňuje poruchu mozkových buněk nejvýše 8 minut. Výpadek mozkových buněk o neuron o ztrátou polarity buněk a membrány nastává již za 10 sekund. Jestliže v mozkovém řeči poklesne průtok na 20 ml/100 gram tkáně za minutu, stoupá využití kyslíku na 100 %. Právě v tomto okamžiku jsou všechny kompenzační možnosti vyčerpány. Vzniká ischemie. Při poklesu průtoku krve na mozkových tocích pod 10 ml/100 gram tkáně, dojde k nekróze. Tak vzniká mozkový infarkt (fiDICHYNEC, 2002, s. 182).

1.1 Příiny CMP

Trombóza

Trombóza je děj, při kterém dochází ke srážení krve. V žilách vzniká na podklad aterosklerózy. Může se rozvinout v intrakraniálních i extrakraniálních tepnách a v cévních tepnách. Kromě aterosklerózy může vzniknout i hematologických poruchách například polycytemie, trombotická purpura, hyperkoagulabilních stavech, dále po operacích, po traumatech, při vaskulitidách a užívání kontraceptiv. Vyvíjí se postupně a příznaky postupně narůstají a poté se stabilizují.

Embolizace

Embolus je uvolněný trombus, který cestuje krevním řečištěm. Složení embolu je variabilní. Od krevního prvku prvního embolu, který se snadno rozpouští až po tuhé pevně organizované emboly, který je zcela rozpustitelný. Zdrojem mozkové embolie je v žilách srdce. Jde o fibrilaci síní, akutní infarkt myokardu, aneurysma levé komory, kardiomyopatie, chlopňové srdeční vady a umělé chlopně. K rozvoji dochází náhle během několika sekund, často po fyzické námaze. Zcela jinou problematiku tvoří embolie tuková (po frakturách dlouhých kostí) a vzduchová.

Hemoragie

Příčina mozkového krvácení je nejčastěji arteriální hypertenze a následná ruptura malých perforujících arterií. V žilách dochází k ruptuře jedné arterie, jde buď o jednorázový děj, nebo může krvácení pokračovat hodiny i dny. Méně častými příčinami jsou arteriovenózní malformace, hemoragická diatéza, hemofilie, trombocytopenie, jaterní choroby, vzácnou příčinou je krvácení do mozkového tumoru. U mladších jedinců může být zdrojem mozkového krvácení drogová závislost. Do skupiny hemokoagulabilních poruch patří také nitrolební krvácení, která vznikají v důsledku antikoagulační léčby (hlavně heparin, Warfarin, méně často i Heparin). Krvácení v určitém rozsahu mají expanzivní charakter a destruuji mozkovou tkáň. Vzniká tím neurologický deficit s alterací celkového stavu, který je způsoben edémem mozku a nitrolební hypertenzí. Prognóza je zde vážná. Menší krvácení mozkovou tkáň nedestruuji, pouze komprimují a působí expanzivně. Celkový stav nebývá alterován a dominantní jsou lokální příznaky dle lokalizace krvácení (AMBLER, 2004).

1.2 Rizikové faktory

V t–ina CMP vzniká jako následek kombinace medicínských p í in (nap . vysoký krevní tlak) a p í in návykových (nap . kou ení). Takové p í iny nazýváme rizikovými faktory. N které rizikové faktory mohou být regulovány nebo i zcela eliminovány, a to bu lé ebnými prost edky (nap . uflíváním ur ítých lék) nebo nemedicínskými (nap . zm na flivotního stylu). Faktory jsou rozd leny na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Udává se, že afl 85 % CMP lze p edcházet kontrolou t chto ovlivnitelných faktor (FEIGIN, 2004).

1.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné

Pohlaví a v k

U mufl pod 65 let v ku je asi o 20 % vy–í riziko vzniku CMP nefl u flen. U flen je zase bez ohledu na v k v t–í riziko vzniku subarachnoidálního krvácení a také se snadn ji vytvo í tepenná výdu (aneurysma). Tyto pohlavní rozdíly jsou mén patrné u mladých dosp lých, kde jsou ob pohlaví postífena stejn . Riziko vzniku ikt nar stá od 45. roku v ku. Po dosaflení 50 let jsou vřdy kaflde dal–í t i roky spojeny s v t–ím rizikem vzniku CMP. U lidí nad 65 let je riziko nejvy–í. U d tí nejsou CMP asté. Pokud se vyskytnou, pak je to oby ejn výsledek vrozených cévních abnormalit, úraz nebo krevní choroby (FEIGIN, 2004).

Genetika

D dí né faktory jsou jen vzácn p ímou p í inou ikt . Geny v–ak hrají roli u n kterých rizikových faktor nap . hypertenze, cévních malformací. Výskyt iktu u dvou rodinných p íslu–ník mlad–ích 65 let, zvy–uje pravd podobnost prod lání iktu. Existují také vzácné genetické poruchy, které zvy–ují riziko CMP, a to nap . polycystické onemocnění ledvin, leidenská mutace a vrozený nedostatek faktor zvaných protein C a protein S. Zejména hemoragické CMP, jsou ast j–í u lidí p vodu afrického, afrokaribského, asijského, maorijského a obyvatel tichomo ských ostrov nefl u Evropan . Nap íklad obyvatele kmene Maor na Novém Zélandu postihují CMP ve v ku o 10 ó 15 let mlad–ím nefl Evropany. D vody pro tento fakt nejsou zcela jasné, ale výskyt rizikových faktor nap . hypertenze, diabetu je u t chto populací vy–í. Genetické faktory se uplat ují u subarachnoidálního krvácení, kde se uplat ují p íblifn

u 7 % všech případů. Příbuzní 1. stupně (dětí) osob, které prodaly subarachnoidální krvácení, jsou vystaveni o 20–5 % vyššímu riziku (FEIGIN, 2004).

1.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné

Hypertenze

Hypertenze je známým a závažným rizikovým faktorem. Chronická hypertenze vede k intrakraniální mikroangiopatii, která je pak vlastní příčinou krvácení z malých hlubokých tepen. Akutní hypertenze může zejména u normotenzních nemocných, jejichž cerebrální obhospodářská autoregulace není adaptována na extrémní hodnoty tlaku, vést k akutnímu poškození a ruptu cév. K takové situaci může dojít například při renálním selhání, při akutní kruté bolesti, při vystavení extrémnímu chladu, po amfetaminech (KALINA aj., 2008).

Ateroskleróza

ŠAteroskleróza (tvrdnutí tepen) je jednou z hlavních příčin CMP, zejména ischemických infarktů a TIA. U 20–30 % pacientů, u kterých vznikla ischemická CMP i TIA, je prvotní příčinou zúžení karotické tepny na krku (FEIGIN, 2004, s. 53). Ateroskleróza je v populaci nad 60 let zcela běžným fenoménem. Ateromatózní pláty se nacházejí u zcela asymptomatických osob již od 30 let věku. Obvyklým místem vzniku jsou tepny velkého a středního kalibru, v těle v místech větvení. Mezi příčiny se řadí i vliv silného proudění v těchto místech, které naruší endotel cévy, a tím iniciuje vznik ateromu. S věkem se v těchto místech vyvíjí zápalivá reakce, vcestovávají makrofágy, zvyšuje se ukládání lipidů, především cholesterolu. Dále do oblasti migrují svalové a vazivové buňky a vytvářejí vlastní fibrolipidové pláty, které se šíří po stěně cévy a postupně vzniká stenóza (KALINA aj., 2008).

Srdeční onemocnění

U lidí se srdečními problémy, jako je angina pectoris, fibrilace síní, srdeční selhání, poruchy chlopní, umělé chlopně a vrozené srdeční vady, je vyšší riziko CMP. Emboly se někdy vytvoří v srdci jako důsledek poruchy funkce chlopní, nepravidelného srdečního rytmu nebo infarktu. Zde se mohou uvolnit a krevním řečištěm proudit do mozku. Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů je fibrilace síní. Jde o typ

poruchy srdečního rytmu, kdy se levá síň stahuje rychle a nepředvídatelně (FEIGIN, 2004).

Diabetes mellitus

Diabetes obecně zvyšuje riziko cévních chorob. Ve velkých studiích se ale obtížně oddělují vlivy samotného diabetu a dalších pr vodných chorob. *Diabetes jako takový p* nejmenším *zdvojnásobuje riziko ischemického infarktu* (KALINA, 2008, s. 48). Je to *astá* porucha postihující přibližně 1 z 30 dospělých. Diabetes způsobuje změny v cévním systému a podporuje vznik aterosklerózy. Diabetes způsobuje tzv. mikroangiopatii a makroangiopatii. Mezi běžné příznaky DM patří žízeň, ústí, únava, sklon k infekcím. Rozdělujeme 2 typy DM. První typ začíná v mládí a vyžaduje aplikaci inzulínu. Druhý typ se objevuje po 40 letech věku a lze je ovlivnit tabletami a dietou (FEIGIN, 2004).

Dyslipidémie

Porucha normálního složení tuků v krvi jasně ovlivňuje riziko koronárních onemocnění. Přibližně o 20 % zvyšuje riziko vzniku ischemické CMP a TIA. Existují dva typy cholesterolu. První typ nazýváme laicky špatný. Kde cholesterol vázaný na lipoproteiny o nízké hustotě LDL a na lipoproteiny o velmi nízké hustotě VLDL, který se lepí na stěny cév a tak zvyšuje pravděpodobnost vzniku aterosklerózy. Druhý typ, který laicky nazýváme šdobrý, je vázaný na lipoproteiny o vysoké hustotě HDL. Šdobrý odnáší špatný z cévního lůdu a snižuje pravděpodobnost vzniku aterosklerózy (FEIGIN, 2004).

Abúzus nikotinu

Štvrzení, že onemocní z tabákového kouře stojí mezi problémy naší společnosti na prvním místě co do letitosti, nás mohou překvapit. Podstatou takových prohlášení však není jen to, že kouření je jedním z hlavních rizikových faktorů srdečního selhání a mozkové mrtvice, ale i to, že je jedním z mála, s nimiž lze něco udělat, a jediným, který lze vyléčit beze zbytku (SPENCE, 2006, s. 115). Kouření přibližně zdvojnásobuje riziko ischemické CMP. Jde především o inhalaci kouře, tedy zahrnujeme i pasivní kouření. Kouření cigaret zvyšuje hladinu krevního fibrinogenu, což je samostatný rizikový faktor. Po pěti letech abstinence se riziko snižuje na úroveň běžné populace. Moderní studie ukazují, že riziko CMP je přibližně o 20 % vyšší pro ženy kouřící než

pro mufler ku áky a fle fleny jsou celkov ě citliv ější k následk ěm kou ění. Ti, kdo kou í 20 a více cigaret denn ě, jsou vystav ěni t ěm dvojnásobnému riziku oproti t ěm, kte í kou í mén ě. ěím více let se kou í, t ěm v t ěí je pravd ě podobnost vzniku CMP (FEIGIN, 2004); (KALINA, 2008).

Abúzus alkoholu

Nadm ěrná konzumace alkoholu je samostatným nezávislým rizikovým faktorem pro vznik vaskulárních komplikací. Mírná pravidelná konzumace alkoholu na úrovni 4 dcl (pokud moŕno ěerven ěho) denn ě u mufler a 2 dcl u fler je nad ěen ě uvád ěna jako riziko koronárních p ěíhod. Mechanismus rizika je nejasný (KALINA, 2008). Konzumace alkoholu pod 30 g/den pro mufler a mén ě neŕ 15 g/den u fler sniŕuje riziko vzniku zejména ischemického iktu. Pravideln ě pití alkoholu p ěesahující toto mnoŕství, nárazové pití (konzumace 75 g a více b ěhem 24 hodin) a alkoholismus zvy–ují krevní tlak a t ěm i n kolikanásobn ě riziko vzniku zejména krvácivé CMP (FEIGIN, 2004). T icet mililitr ě lik ěru obsahuje zhruba 100 kalorií, v jednom piv ě jich je asi 150, ve sklence vína je dle velikosti kalorií 100 aŕ 200. Míchaný drink sestávající nap ě. z t iceti mililitr ě rumu a t ěí decilitr ě koly p ěedstavuje 250 kalorií. P ěl kila t ědn ě vyŕaduje omezit p ěíjem o 500 kalorií za den, to je obsaŕeno ve dvou míchaných nápojích a ve t ech pivech (SPENCE, 2006).

Hormonální antikoncepce

Kontraceptiva zvy–ují n kolikanásobn ě riziko ischemického iktu a intrakraniální filní trombózy, p ě í emŕ riziko se dále zvy–uje u sou asného kou ění, hypertenze, obezity a v ku nad 35 let. Zodpov dn ě jsou estrogены, u p ěípravk ě s minimálním estrogenním obsahem je výrazn ě men–í. Vzhledem k frekvenci trombofilních poruch a uŕlívání orálních kontraceptiv v populaci je tak ěastá, fle opodstat uje preventivní vy–et ění na trombofilie p ěed nasazením hormonální antikoncepce s estrogenním obsahem (KALINA, 2008).

1.3 D lení CMP

Cévní mozkové p íhody se na prvním míst d lí podle typu na ischemický a hemoragický typ. Dále se d lí podle lokalizace a doby trvání.

1. ISCHEMICKÉ CMP

- Ischémie zp sobuje 80 % CMP

Rozd lení dle p í iny:

- Makroangiopatie ó 20-40 %, ikty vznikající tromboembolickým mechanismem p í onemocn ní extra i intrakraniálních magistrálních tepen, do této skupiny pat í i aterosklerotické stenózy velkých tepen.
- Kariogenní embolie ó 15-30 %, ikty vznikající p í poruchách rytmu a jiných onemocn ní srdce
- Lakunární ó 15-30 %, ikty zp sobené z postífení malých perforujících artérií, mikroangiopatie, vznikají malá ischemická lofiska
- Ze vzácných p í in ó 5 %, vzácné chorobné stavy, nap . neaterosklerotické vaskulopatie, hematologická onemocn ní (nap . polycytemie, trombocytémie), koagulopatie, nap . Leidenská mutace (WABERfINEK - KRAJÍ KOVÁ, 2007).

Rozd lení dle pr b hu:

- Tranzitorní ischemická ataka (TIA) ó jde o náhle vzniklou lofiskovou symptomatologii, která odeznívá do 24 hodin, m fle trvat n kolik sekund afl n kolik hodin
- Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND) ó vzniká náhle, jeho trvání je delší nejl 24 hodin, odeznívá do 14 dn afl 3 týdn , v neurologickém nálezu m fle z stat jen drobný nález
- Progredující cévní mozková p íhoda (minor stroke, progressive stroke) ó je charakterizována postupn se rozvíjející a stup ující symptomatologií, nej ast ji b hem 24 hodin
- Dokon ená cévní mozková p íhoda (major stroke, complete stroke) ó je charakterizována akutn vzniklým t flkým s prakticky ireverzibilním lofiskovým deficitem mozkové funkce, áste né zlep ení po ase je moflné (KA OVSKÝ- HERZIG, 2007).

2. HEMORAGICKÉ CMP

- Hemoragie tvoří 20 % CMP
- Závažnější varianta CMP s horší prognózou než mají ischemické CMP (postihuje mladší věkové skupiny, 30 denní letalita je 40-50 % a pouze 1/5 nemocných za 6 měsíců dosáhne funkční nezávislosti)
- Mají menší tendenci k recidivám
- Nejčastější příčiny hemoragické CMP jsou například amyloidová angiopatie, cévní malformace, mozkové nádory, antikoagulační léčba, trombolytická léčba, vaskulitidy, arteriální hypertenze

Rozdělení dle lokalizace:

- Intracerebrální krvácení (do mozkové tkáně) dále se dělí na místo krvácení
 - Putaminální (do části bazálních ganglií)
 - do nucleus caudatus (do části bazálních ganglií)
 - thalamické (do útvaru v mezimozku)
 - potinní (do Varolova mostu)
 - mezencefalické (do středního mozku)
 - medulární (do prodloužené míchy)
 - cerebrální (mozkové)
 - lobární (do bílé hmoty mozkových lalok)
- Extracerebrální krvácení (mimo mozkovou tkáň)
 - Subarachnoidální (mezi mozkovou plenu a pavučnicí)
 - Intraventrikulární (do mozkových komor), (WABERFÍNEK a KRAJČÍKOVÁ, 2007).

Rozdělení dle příčiny: krvácení do mozkového parenchymu tj. intracerebrální krvácení dělíme:

- Hypertonické - představují 50 % spontánních intracerebrálních krvácení, příčinou je ruptura mikroaneurysmatu na drobných arteriích, klasický je klinický obraz těžké fokální symptomatiky s vysokou letalitou, nejtypičtějším místem hypertonického krvácení jsou jednotlivé struktury bazálních ganglií (putamen a nucleus caudatus), následují Varolův most, thalamus a mozeček

Normotonické - existence hematomů v bílé hmotě mozkových laloků u osob, které hypertenzí netrpí, jejich klinický obraz a prognóza se neliší od projevu mozkového infarktu, příčiny normotonického krvácení:

- cerebrální amyloidová angiopatie
- cévní malformace
- mozkové nádory
- antikoagulační léčba
- trombolytická léčba
- sympatikomimetika
- vyskulturydy

1.3.1 Tranzitorní ischemická ataka

Šprvní údaje o prchavých příznacích u cerebrovaskulární insuficience se v literatuře objevily koncem 19. století (např. p echodná Brockova afázie). Poprvé použil termín šp echodná ischemická ataka ve svém sdělení C. M. Fischer na druhé konferenci American Heart Association, kde konstatoval, že jde o stav, který šm může trvat od několika sekund po mnoho hodin, nejast jí trvá sekundy do 5 nebo 10 minut (KALITA aj. 2006, s. 29). Termín TIA je označení pro náhle vzniklou mozkovou dysfunkci s projevy hemisférní i kmenové symptomatologie (např. hemiparéza, diplopie, vertigo, fatická porucha), která zcela vymizí do 24 hodin. Tento čas byl stanoven uměle. Poprvé toto časové vymezení stanovil anglický neurolog J. Marshall v roce 1964. Další významní neurologové postupně tento 24 hodinový limit akceptovali. Naprostá většina TIA trvá ve skutečnosti podstatně kratší dobu, asi 2 až 15 minut, trvání nad 30 minut je výjimečné.

Epidemiologie

- Každý patnáctý člověk starší 65 let uvádí TIA v anamnéze
- ast jší výskyt před trombotickým úktem
- Údaje o incidenci TIA jsou rozdílné, protože TIA není často dokumentována
- Problém hodnocení a diagnostikování je ovlivněn tím, že její příznaky jsou přechodné a nemocní se proto nemusí dostavit k lékaři
- Shoda v diagnostikování TIA je mezi lékaři poměrně malá, i mezi neurology (KALITA aj., 2007).

Rizikové faktory

- Ischemická choroba srdeční
- Onemocnění mitrální chlopně
- Fibrilace síní
- Hypertenze diabetes mellitus
- Kouření

Príznaky

- Embolizace
- Aterosklerotické stenózy

Klinické projevy

- Motorické příznaky: motorický deficit různé stupně na polovině těla
- Poruchy řeči: různé typy afázie (motorická, expresivní)
- Poruchy citlivosti v těle na polovině těla
- Zrakové příznaky: nejtypičtější je tzv. tranzitorní retinální deficit, který je charakteristický náhlou úplnou či částečnou jednostrannou slepotou trvající několik minut
- Vestibulární příznaky: nauzea, vomitus
- Celková slabost
- Zmatenost
- Drop ataky: nemocný pro náhlou ztrátu svalového napětí v dolních končetinách na několik vteřin klesá k zemi bez ztráty vědomí

Diagnostika

- Důležitá anamnéza, CT vyšetření, MRI, angiografické vyšetření

Léčba

- Je stejná jako u mozkového infarktu
- Profylaxe - ovlivnění rizikových faktorů
(WABERŮINEK a KRAJČÍKOVÁ, 2007); (KALINA aj. 2008).

1.3.2 Subarachnoidální krvácení

Šprvní popis ruptury intrakraniálního aneurysmatu je od Johna Blackhalla z Anglie z roku 1913. Egaz Monitz poprvé potvrdil tento zdroj krvácení karotickou arteriografií. Zcela nové možnosti akutní diagnostiky umožnila v 80. letech minulého století CT mozku (KALITA, 2006, s. 444). Subarachnoidální krvácení představuje specifickou problematiku cévních onemocnění mozku. Jde o krvácení do tzv. intermeningeálního prostoru mezi arachnoideu a pia mater. Jde o krvácení do likvorových cest. Příinou spontánního je v naprosté větině ruptura vakovitého aneurysmatu. Mortalita se pohybuje kolem 25 až 40 %. Ještě před dosažením nemocniční péče umírá 5-10 % nemocných, u nichž krvácení vedlo k akutní intrakraniální hypertenzi, hydrocefalu nebo k akutnímu plicnímu selhání s edémem plic.

Epidemiologie

- Incidence SAK je 11 až 20/100 000 osob, největší výskyt uvádí Finsko a Japonsko
- Nejvyšší výskyt mezi 40. až 60. rokem
- Vyskytuje se od dětství do pokročilého věku
- Celkově jsou 1,6krát častěji postiženy ženy, však do 40 let jsou častěji postiženy muži
- Na rozdíl od jiných typů CMP, kde vlivem vyhledávání rizikových faktorů incidence klesá, incidence SAK zůstává nezměněna, protože jeho hlavní příčina, intrakraniální aneurysma, je neinvazivní neovlivnitelná a nepředvídatelná

Příčiny

- Nejčastější příčina je ruptura intrakraniálního aneurysmatu (77 až 80 %)
- Ruptura arteriovenózní malformace, u mladších jedinců (5 až 6 %)
- Neznámá příčina (15 až 20 %)

Rizikové faktory

- Kouření cigaret o nejvyšší riziko 3 hodiny po vykouření cigarety
- Abúzus alkoholu
- Hypertenze
- Familiární výskyt o pibližně u 5 o 6 % pacientů se SAK má rodinný výskyt
- Věk o s věkem stoupá i riziko SAK
- Pohlaví o u žen je vyšší výskyt po menopauze
- Rasa o u afroameričanů je vyšší výskyt než u bělochů
- BMI o je dokumentován vztah vyššího BMI k výskytu SAK

Klinické projevy

- Klinický obraz je charakterizován náhle vzniklou intenzivní cefaleou, která dosáhne maximální intenzity kolem 1 minuty a trvá nejméně 1 hodinu. Je většinou provázena nauzeou a zvracením. U 20 o 60 % pacientů se bolest hlavy vyskytuje 2 až 20 dnů před hlavní atakou SAK, může být až u 2/3 pacientů spojena s nauzeou, zvracením, bolestí oka. Tento klinický stav je popsán jako varující prosakování, předzvěstné krvácení.
- Dále se rozvíjí různá hluboká kvantitativní porucha v domění v souvislosti se stupňujícím zvyšováním intrakraniálního tlaku. Objevují se psychické změny. Nemocní jsou psychicky alterováni, jsou negativističtí, neklidní.
- Záchvaty ve smyslu grand mal paroxysmu podobných u epileptiků se mohou objevit až u 10 o 15 % nemocných.
- Zvýšená teplota nepřesahující 38 °C, zvýšené hodnoty krevního tlaku v prvním dnu krvácení
- Po několika hodinách se rozvíjí meningeální syndrom
- Likvor může mít známky přítomnosti krve

Léčba

- Základním léčebným doporučením je časná chirurgická léčba s uzavřením aneurysmatu provedená mezi 24 o 72 hodinami. Používá se kraniotomie s uzavřením krku aneurysmatu (clipping), dále metoda endovaskulární embolizace platinovými spirálami, které vyplní dutinu aneurysmatu.
- Léčba komplikací (KALITA, 2006); (WABERŮNEK o KRAJÍKOVÁ, 2007).

1.3.2.1 Meningeální syndrom

Vzniká v d sledku podráždění mozkových plen, hlavových nervů a míšních kořenů patologickým procesem.

Příčiny

- meningitidy, meningoencefalitidy, subarachnoidální krvácení, nádorový proces

Příznaky

- cefalea o ostrá, bodavá, difúzní i lokalizovaná, zhoršuje se pohybem a omezuje v běžné aktivitě
- vomitus o explozivního charakteru, objevuje se nezávisle na jídle, často opakovaně
- fotofobie, fonofobie o pacienti nesnášejí světlo a hluk
- tonický spasmus svalstva - hlavně šíjového, dále břišního, šíjového, vertebrálního
- poruchy v domě kvalitativní i kvantitativní
- pacient zaujímá fixovanou polohu hlavy a trupu v záklonu
- patologický nálezn v likvoru - který vytéká při lumbální punkci pod zvýšeným tlakem
- pozitivní meningeální napínavé manévry o nelze přiložit hlavu k hrudní kosti, při posazení se opírá alespojn jednou rukou za sebou, při zvedání končetin pociťuje bolest v bederní oblasti aj. (KAHOVSKÝ - HERZIG, 2007).

1.4 Příznaky CMP

Klinické projevy mozkové příhody jsou dány celou řadou faktorů. Každý člověk je individuum, u každého hrají roli jiné příčiny. Závisí na lokalizaci, rozsahu, rychlosti vzniku defektu a stavu kompenzačních mechanismů. Jednotný klinický obraz neexistuje. Mezi obecné varovné příznaky, které by měly vést k transportu do nemocnice, patří: slabost a ochrnutí na jedné polovině těla, ztráta citlivosti, brnění, náhlé zastavení zraku, výpad poloviny zorného pole, ztráta chápání nebo tvorby řeči, neobvykle prudká bolest hlavy, ztráta rovnováhy těla, kvantitativní poruchy v domě, výjimečně také záchvat křečí, případně se ztrátou v domě (KAHOVSKÝ - HERZIG, 2007).

Příznaky onemocnění se liší podle příčiny a místa postižení, lze je charakterizovat jako poruchy:

Pohybového aparátu

- hemiplegie nebo hemiparéza na opačné straně není je postižení mozku, monoparéza, monoplegie
- Ochrnutí na tváři, horních nebo dolních končetinách
- Svalová ztuhlost

Smyslových orgánů

- Výpadky zorného pole, poruchy rovnováhy a vnímání polohy těla

Citlivosti

- Klient má poruchy citlivosti zpravidla tam, kde je hemiparéza nebo hemiplegie, někdy může mít poruchu citlivosti i bez zjevné poruchy motoriky

je i

- klient není schopen porozumět mluvenému slovu nebo není schopen vyjádřit myšlenky slovy, v nejtěžším případě se může jednat o obě formy

1.5 Diagnostika

Diagnóza je postavena na základě klinického vyšetření subjektivních a objektivních příznaků, závisících na místě a rozsahu postižení.

Anamnéza

- V úvodu uvádíme, proč pacient přichází k hospitalizaci, tj. kdo doporučil uje hospitalizaci (RZP, LSPP, praktický lékař, jiný odborník). Podrobně popisujeme první obtíže, časový výskyt a průběh (ve spánku, ztuhlostné námahy), časový údaj o trvání příznaků je důležitý údaj.

Neurologické vyšetření

- Základní fyzikální vyšetření (vyšetření reflexů kořisticových, šlachových, kofních), reakce zornic na osvit, svalová síla, napětí, pohyblivost, koordinace, rovnováha, vnímání dotyku a bolesti, dráždění těla, vyuffití hodnotících škál nap.

Glasgow Coma Scale nebo standardizovanou škálou amerického Národního zdravotního ústavu.

Vyšetření fyziologických funkcí

- tlak, puls, dech, tělesná teplota, vylučování, saturace kyslíku

Laboratorní diagnostika

- Základní: sedimentace, hematokrit, krevní obraz, kreatinin, elektrolyty, glukóza, INR, parciální tromboplastinový čas, trombocyty, cholesterol, triglyceridy, kyselina močová, C-reaktivní protein, jaterní testy
- Pídatná: Analýza koagulace, T3, T4, TSH, sérologie syfilis, borelióza, virologie

Ostatní vyšetření

- EKG, nativní rentgenový snímek srdce a plic, vyšetření očního pozadí

Angiografie mozkových cév (AG) - Jde o cévní vyšetření, které zobrazuje průběh hlavových tepen karotického a vertebrálního extra i intrakraniálního průběhu. Do mozkových tepen se vstříkne kontrastní jodová látka a potom se serigraficky snímkuje její průtok mozkovými cévami. AG je buď přímá (kontrastní látka se vstříkne přímo do a. carotis na krku a ta zobrazí oblast cévního průběhu jedné karotidy) nebo nepřímá (katétr se zavede přes a. femoralis a aortou až do oblouku aorty a poté do kterékoliv nebo do všech průvodných mozkových cév. Při AG lze zachytit jednak zejména průsvit, cévní malformace (menší aneurysma nelze zjistit jinak), posun cév apod. Rizika vyšetření jsou spazmy cév, alergické reakce, psychický neklid. Je nutná protialergická premedikace a psychická příprava. Po vyšetření má pacient klid na 1 minutu a dáváme na místo vpichu kompresi a kontrolujeme krvácení.

Dopplerova sonografie - Je to neinvazivní ultrazvukové vyšetření. Metoda se využívá nejčastěji dopplerovské vyšetření cévního průběhu velkých cév krku, nejčastěji k vyloučení stenóz a uzávěr. Ultrazvuková sonda vyzařuje do vyšetřované oblasti ultrazvukové vlny, které se zčásti odráží od tkání. Dopplerův efekt spočívá ve změně frekvence vlnění se snižuje při vzdalování od předmětu a naopak. Při vyšetřování cév se vlny odráží od samotných krvinek a tak lze zjistit i rychlost krevního proudění.

Výpočetní tomografie (CT) - CT je v diagnostice CMP stále nejvíce využívaným. Dovede rozlišit především mozkové krvácení parenchymové, tak subarachnoidální. V diagnostice ischemických CMP je v prvních hodinách po vzniku příhody nálezy při standardním vyšetření zcela negativní. Přesto jsou často přítomny jasné známky mozkového infarktu a známky uzavřené centrální mozkové tepny. Diagnostiku umožňuje CT angiografie. Tato metoda je založena na rekonstrukci přímého rentgenového záření vyšetřovaným objektem zachyceného detektory při otáčení rentgenky okolo pacienta. Detektory měří intenzitu přímého záření. Míra oslabení záření se nazývá denzita. Rozdíly denzity jednotlivých objemových prvků se znázorňují ve škále šedí. Výsledkem je matematicky rekonstruovaný obraz.

Magnetická rezonance (MR): Je to relativně nová metoda, která postupně vytlačuje ostatní metody nebo doplňuje diagnostické možnosti. Je to neinvazivní vyšetření, bez rizika a lze ji kdykoliv opakovat. Je vhodná k zachycování změn, které jsou mnohem méně výrazné nežli změn zachycených na CT. Základním fyzikálním principem je detekce chování jader prvků, které jsou vystaveny silnému magnetickému poli. Metoda je založena na faktu, že ionty mají elektrický náboj a tzv. spin (což je vlastně rotace kolem osy). Spin vyvolává určitý magnetický moment, který lze zachytit a měřit. MR umožňuje velmi přesné vymezení mozkového infarktu. Dokáže odlišit i různé stádia případného mozkového krvácení. MR angiografie podává poměrně přesný obraz stavu intrakraniálních i přírodních mozkových tepen (TUKOLOUDÍK aj. 2009); (KALVOVSKÝ - HERZIG, 2007).

1.6 Terapie

Časně rozpoznání příznaků, transport nemocného na specializované pracoviště poskytující multidisciplinární péči, rychlou diagnostiku a včasné zahájení adekvátní léčby, jsou klíčové pro vývoj onemocnění a osudu pacienta. Specializovanými pracovišti jsou tzv. cévné jednotky nebo specializovaná cerebrovaskulární centra. Přítomnost pacienta na neurologickou cévnou jednotku prosazuje i *Doporučení k ošetření akutních cévních příhod*, vydané Radou Ministerstva zdravotnictví ČR (MZČR, 1998).

1.6.1 Léba ischemického typu

asový interval do zahájení léby by neml být delší nejl 3 hodiny. Nejm n 24 ó 48 hodin je nezbytná pe livá monitorace vitálních funkcí a neurologického nálezu. Výsledný efekt zálelí na rozsahu vlastní léze a možnosti kolaterálního ob hu. Kolem vlastní léze je vřdy zóna funk ního deficitu ó ischemie nebo edém, která je schopná reparace a kterou m řeme ovlivnit. D leflité je s lébou za ít v as. Deficit, který je p vodn reverzibilní, se m ře po ur ité dob , která je individuální (hodiny, dny), zm nit na ireversibilní strukturální lézi.

Obecná opat ení

Dostate né oxygenace: vhodnou polohou hlavy, zaji-t ní pr chodnosti dýchacích cest, saturace kyslíkem by se m la pohybovat kolem 95 %, p i respira ní insuficienci je indikována um lá plicní ventilace.

Korekce krevního tahu: akutní fáze ásto provází arteriální hypertenze, která v této fázi p sobí kompenza n , proto je nevhodné v této fázi razantn sniflovat hodnoty tlaku. Bez medikamentózního ovlivn ní lze krátkodob akceptovat i hodnoty 220/120 torr . B hem n kolika hodin dochází ke spontánní úprav hodnot. Na druhé stran u pacient indikovaných k trombolýze, je vyřadována pe livá korekce tlaku.

Úprava hodnot glykemie: vřhledem k biochemickým zm nám v hypoxické tkáni je d leflité udržet normoglykémii. Zvý-ená hodnota glykemie (jifl nad 7,5 mmol/l) zp sobuje progresi infarktového lořiska, proto je nevhodné v akutní fázi i. v. podání roztok glukózy.

P im ená bilance tekutin a korekce mineralogramu: dehydratace s následnou hemokoncentrací vede k progresi cerebrálního po-kození.

Hyperpyrexie: hyperpyrexie je významným rizikovým faktorem zv t-ující rozsah infarktu. Lé ebnou intervenci vyřaduje jifl teplota od 37,5 °C.

Nutrice: akutní fáze je obecn energeticky velice náro ná, proto je nutné zajistit nutrici perorální nebo parenterální cestou.

Prevence hluboké řilní trombózy a plicní embolie: je dal-í fatální komplikací CMP. Nedílnou sou ástí jsou bandářle dolních kon etin, podání antikoagula ní lé by. Dnes je

jižl dominantní profylaktické podávání nízkomolekulárních heparin , které je bezpečné i u nemocných s mozkovou hemoragií.

Specifická léčba

Intravenózní trombolýza Je základním typem specifické léčby směřující k rychlé rekanalizaci uzavřené mozkové tepny. Spouští se v nitrofilním podání trombololytika, který musí být podán do 3 hodin od prvních příznaků. Čas od prvních příznaků do doby, kdy lze podat trombolýzu, se nazývá terapeutické okno. Při pozdějším podání trombolýzy hrozí sekundární krvácení do mozkového infarktu. Tato terapie je přesně vybořovaná. Pacienti musí splnit sadu indikačních a diagnostických kritérií. Tato léčba by měla být dostupná na jednotkách intenzivní péče. Specializovaná cerebrovaskulární centra jsou schopna zajistit další, dosud nestandardní způsob specifické léčby, tzv. intraarteriální cerebrální trombolýzu. Při této léčbě lze podat trombololytikum za radiologické kontroly přímo k tepennému uzávěru. U této léčby je terapeutické okno 6 hodin a množství podaného léku je menší.

Antiagregační terapie Brání adhezi a agregaci krevních destiček a jejich vazb s fibrinogenem. Jde o další typ medikamentózní antitrombotické léčby. Jejím cílem je ovlivnit tvorbu a následné embolizace trombu na aterosklerotickém plátu. Význam je preventivní. Zabraňuje progresi a recidivě CMP. Je důležité zahájit léčbu co nejdříve od vzniku iktu. Používá se kyselina acetylsalicylová perorálně 400 mg za den.

Antikoagulační terapie Léčba heparinem nebo nízkomolekulárními hepariny se uplatňuje hlavně jako profylaxe hluboké žilní trombózy dolních končetin a tromboembolické choroby. Jde především o nemocné s fibrilací síní a nemocné s jiným kardioembolickým zdrojem, u nichž je vysoké riziko recidivy iktu. Rozhodující faktor je velikost a lokalizace mozkového infarktu, protože zde riziko hemoragie.

Protiedémová terapie Závažnou komplikací ischemického iktu může být edém mozku. Nastupuje v prvních 24-48 hodin. Mezi základní opatření patří nitrolební hypertenze po CMP patří poloha hlavy ve zvýšené pozici nejméně 30° nad podlofkou, odstranění bolesti, oxygenace, normalizace tělesné teploty. Medikamentózní léčbou první volby je hypertonický roztok NaCl, v těžších případech manitolu. Efekt kortikoidů nebyl při léčbě edému mozku po CMP prokázán. Některí klinici přesto tvrdí, že mohou být někdy prospěšné.

Intracerebrální sonotrombotripse *ó* Je to další zkoumaný typ rekanalizační léčby. Vyultrazvuková schopnost ultrazvuku narušit tepenný uzávěr. Lze je použít u nemocných, kteří mají lebeční kost prostupnou pro ultrazvukové vlnění.

Chirurgická terapie *ó* U některých nemocných se stenózou na které původně mozkové tepny se provádí **karotická endarterektomie**. Jde o výkon cévní chirurgie. Je odstraněna vnitřní a část střední vrstvy cévy, která je postihena aterosklerotickým plátem. Akutně je indikována při rychle progredujícím uzavřením na které původně mozkové tepny. Další chirurgickým řešením je **perkutánní transluminální angioplastika**. Kde jde o dosazení místa uzavření katétre a následném narušení uzavření, například užití stentu, který cévu rozšíří. Dále se používá **dekompresivní kraniotomie**, která může zmírnit následky edému mozku. Ne každý pacient je indikován k chirurgické léčbě, terapie je přísně vybírána.

Rehabilitační terapie *ó* Je nedílnou součástí léčby. S rehabilitací začínáme co nejdříve po odeznění akutní fáze. Zahrnuje co nejdříve mobilizaci a vertikalizaci. Začíná se s pasivním cvičením na lůžku postupně přecházející na aktivní. Nemocného co nejdříve posazujeme a stavíme. Při obnovení aktivního pohybu cvičíme chůzi. Součástí rehabilitace je reedukace řeči, kterou zahajujeme opět co nejdříve (AMBLER, 2004); (KALOUŠKÝ - HERZIG, 2007).

1.6.2 Léčba hemoragického typu

Léčebná opatření se odvíjejí od provedení zobrazovacího vyšetření. Cílem léčby je zastavit krvácení, dle možnosti odstranit krev z mozkové tkáně nebo komor, minimalizovat sekundární cerebrálního poškození.

Obecná opatření *ó* Obdobně jako u lézí ischemických je léčba zaměřena na obecná opatření. K tomu patří prevence obstrukce dýchacích cest, podpora respirace, úprava metabolické dysbalance, prevence tromboembolismu, podpora srdeční činnosti, korekce tělesné teploty a další výše uvedené.

Korekce krevního tlaku *ó* Oproti ischemiím je u hemoragií důležitá korekce krevního tlaku. Musí se ovšem provádět pomalu a obezřetně. Dosud se vedou diskuze na toto téma. Na jedné straně existují důkazy, že snížení TK, může zmenšit rozsah hematomu. Naproti tomu vede (zejména u větších krvácení) snížení TK ke snížení perfúzního tlaku

s následným možným ztvětlením ischemicky postižené tkáně kolem hematomu. Základní ověřené pravidlo je, nesnižovat TK prudce na normální hodnotu.

Prevence intrakraniální hypertenze a mozkového edému Je třeba sledovat vitální funkce a vývoj neurologického stavu, vhodné je kontinuálně monitorovat TK. Nemocní s většími hematomy mají tendenci upadat do bezvědomí a respirační nedostatečnosti, proto je nutné zajistit včas umělou plicní ventilaci. U takto postižených je výhodné zavést špičkový katetr na monitoraci intrakraniálního tlaku. Jako prevence hypertenze nebo edému je polohování hlavy 30° nad podložkou, udržení normovolemie.

Antikoagulační terapie Tato terapie je kontraindikovaná, protože se celkově zvyšuje riziko recidivy dvakrát až třikrát. Naproti tomu je plicní embolie obávanou komplikací, zvláště u ležících nemocných. Při rozhodnutí o antikoagulační léčbě je třeba pečlivě korigovat krevní tlak. Je vhodné použít kompresivní punčochy nebo bandáže. Ve většině případů se u hemoragie začíná nejprve s rehabilitací.

Operační léčba Spočívá v odstranění krve, hematomu z mozkové tkáně. Odstranění hematomu utlačující okolní tkáně může být záchrannou intervencí. Na druhé straně se musí zvážit přístup k hematomu, aby zákrok neměl destruktivní efekt na mozkovou tkáň. Pro hemoragie do 3 cm, které neprokouží střední úroveň, je výhodnější spontánní vstřebání. Největší indikací k operaci jsou krvácení mozkové kóvy. U nich při velikosti nad 2 cm hrozí útlak mozkového kmene. Je několik možností postupu. Například otevřená odstranění povrchového hematomu z kraniotomie. U této léčby nebyl prokázán efekt léčby, ale někteří nemocní z léčby mírně profitovali. Další možností je endoskopické odsátí hematomu. Odehrává se za vizuální kontroly a možností ošetření zdroje krvácení. Zde byly výsledky u nemocných s hematomem menší než 50 ml. Výsledky u nemocných nad 50 ml nebyly významně lepší. Další možností je stereotaktická aplikace trombolytika do dutiny hematomu a jeho následné odsátí. Tento postup nelze označit jako standardní, ale v individuálních případech byly v recentních studiích publikovány příznivé výsledky nejen u klasické chirurgické léčby a konzervativní léčby. Další možností je dekompresivní kraniotomie. Dle současných poznatků nepředstavuje významný prospěch. Další postup je zevní komorová drenáž. Nemocný by měl ležet na pravé straně, kde je možnost zavést komorový drén a možnost monitorovat intrakraniální tlak. Používá se hlavně při hydrocefalu, ale při krvácení s provalením do komor může být drenáž použita (KALINA, 2008); (JEDLIČKA, 2005).

2 Úvod do praktické části

Pacient J. K, byl dne 9. 1. 2012 přivezen rychlou záchrannou službou na neurologické oddělení JIP ON v Kladno pro náhle vzniklou hemiparezu PHK a PDK. Byl indikován k trombolýze, pro ischemickou cévní mozkovou příhodu. Po stabilizaci byl předložen na standardní oddělení neurologie A, kde jsem o pacienta od 13. 1. do 16. 1. 2012 pečoval.

2.2 Příjem na JIP

Pacient přivezen rychlou záchrannou službou v 0:40 h dne 9. 1. 2010 na neurologické oddělení JIP.

Status příchodu: Pacient je při v domě, orientovaný, spolupracující, bez fatické poruchy i dysartrie. Pacient subjektivně cítí oslabení PHK a PDK. Objektivně PHK pomalu pokládá na podlahu, PDK minimální pohyb po podlaze, při pokusu zvednout ji, ihned pokládá na podlahu.

Fyziologické funkce: P 80 pravidelný, TK 220/125

Krevní vyšetření: Byly provedeny krevní odběry na krevní biochemický screening, hemokoagulační testy (APTT, QUICK), hematologický screening

Tabulka 1 Patologické hodnoty krevních odběr při příjmu

Vyšetření krve	Výsledek	Referenční hodnota
Cl	107 mmol/l	96 - 106 mmol/l
Mg	1,06 mmol/l	0,8 - 0,95 mmol/l
Glc	7,9 mmol/l	3,3 - 5,6 mmol/l

Vyšetření moče: Biochemické vyšetření moče (moč + sediment) bez patologického nálezu.

Poítačová tomografie: Lehce chudší náplň levé a. cerebri media, jinak intrakraniální hlavní arterie dobře naplněné. Karotidy zobrazeny od bifurkace, naplněné, bez uzávěry i významné stenózy s kalcifikacemi v poststenotických úsecích. Závěr: ischemická CMP v povodí ACM 1 vlevo bez známek stenózy magistralních tepen, k intravenózní trombolýze.

Sonografie karotických a vertebrálních tepen: Nález: Difuzní aterosklerotické změny bez známek stenotických změn, průtokové parametry ve všech vyšetřených tepnách jsou v normě.

Kardiologické konzilium: Na oddělení neurologie JIP proběhla konzultace s kardiologem pro hypertenzi 220/125 torr, která kontraindikovala trombolýzu. Kardiolog doporučil následující postup: Ebrantil 25 mg 1 ampule (antihypertenzivum s centrálním i periferním účinkem) v kombinaci s Nitroprusidem 1 ampule (rychle účinkující vazodilatancium) do 250 ml fyziologického roztoku. Následoval pokles krevního tlaku na 170/125 s bradykardií a následnou nevolností. Dále podán atropin (parasymptikolytikum) s následnou stabilizací TK na 160/90.

Průběh trombolýzy: Po stabilizaci krevního tlaku byla podána Actilyse (fibrinolytikum) 90 mg do 500 ml fyziologického roztoku. Značková infuze bylo aplikováno i.v. 10 ml bolusov. Zbytek infuze kapal 1 hodinu přes pumpu.

Kontrolní CT: Po vykapání infuze s trombolýzou bylo provedeno kontrolní CT, kde se objevilo menší první ložisko v bazálních gangliích levé mozkové hemisféry. Příznaky se dále nijak nestupovaly.

2.2.1 Trombolýza dle standardu ONO Kladno

Tato léčebná metoda se užívá ke zprochodnění uzavřené tepny pomocí farmakologické látky, která rozpouští trombus. Léčebnou látku lze podávat celkově (systémově) nebo cíleně, katétrem přímo do krevní srážliny.

Časový faktor je nejzákladnější podmínkou neprovedení systémové trombolýzy. Cesta k provedení této léčby je výsledkem spolupráce záchranné služby, neurologa, radiologa, internisty, laboratoře, sestry a sanitářek všech těchto oddělení. Komunikace musí být jasná, přesná a účelná s cílem co nejdříve získat potřebné informace ke konečnému rozhodnutí o podání či nepodání trombololytika.

Indikace podání systémové trombolýzy:

- Neurologický deficit s NIHSS rozsahu 4 až 25 vzniklé méně než 3 hodiny před podáním.
- CT nález vylučující ischemii, neprokazující SAK, aneurysma, tumor.
- Při úvodním epileptickém záchvatu prokazatelný nález těsné stenózy či okluze u které intrakraniální tepny.
- Věk mezi 18 a 80 lety.
- Souhlas pacienta v případě jeho koherentního názoru a úsudku.
- Nepřítomnost kontraindikací.

Kontraindikace podání systémové trombolýzy:

- Překročení třehodinového limitu či nejasnost časových údajů vzniku obtíží.
- NIHSS méně než 4 a více než 25
- Věk méně než 18, a více než 80.
- CT nález budící podezření na krvácení, tumor, absces, jakoukoli cévní malformaci, kontuzi.
- Rozsáhlejší zevní poranění s rizikem krvácení či podezření na vnitřní poranění.
- Laboratorní nálezy svědčící pro onemocnění, které je kontraindikací: hodnota APTT nad 39 sekund či INR nad 1,3, trombocyty pod 100 000/mm³.
- Systolický TK nad 185 nebo diastolický nad 110 a případně podezření, že v nejbližších hodinách nebude možné, medikamentózně TK vrátit do mezí udržet.
- Nesouhlas pacienta
- Známá alergie na podávanou látku.
- Kontraindikující anamnestické údaje:

- 1) Intrakraniální krvácení jakékoli etiologie nebo podezření na něj kdykoli v minulosti, u SAK i po ošetření aneurysmatu
- 2) Tumory, cysty i jakékoli operativně ošetřené postižení CNS i míchy
- 3) Prokazatelná CMP v posledních letech m sících
- 4) DM s prodávající i hrozící hemorragickou retinopatií
- 5) Stavby spojené se zvýšeným rizikem krvácení
- 6) Bakteriální endokarditida i perikarditida
- 7) Akutní pankreatitida
- 8) Aktivní gastroduodenální vředová choroba v posledních letech m sících
- 9) Kdykoli prokázané jícnové varixy, tepenná aneurysmata, tepenné i filní malformace
- 10) Nádor s rizikem krvácení (např. včerný ozášený)
- 11) Závažné jaterní onemocnění (jaterní selhání, cirhóza, portální hypertenze, akutní hepatitis)
- 12) Velký chirurgický výkon nebo rozsáhlé trauma v posledních letech m sících
- 13) Méně než 10 dnů od srdeční masáže, porodu, punkce velkých cév

Průběh trombolýzy:

Podává se infuze s Actilyse, dávka 0,9 mg/kg, maximálně 90 mg do 500 nebo 1000 ml fyziologického roztoku, 10 % bolusová dávka z následné infuze do žíly a ostatní nechat vykapat pumpou na 1 hodinu.

Actilyse - Antikoagulancium (fibrinolytikum)

Léčivá látka alteplasa je glykoprotein, který přímo aktivuje plazminogen na plazmin. Při nitrožilním podání zůstává v krevním oběhu alteplasa relativně inaktivní. Po vazbě na fibrin je vázání aktivováno, indukuje přeměnu plazminogenu na plazmin, mající za následek rozpuštění fibrinové sraženiny. Systémový účinek na součásti koagulačního systému krve je malý.

Sledování b hem a po trombolýze:

- Monitorace vitálních funkcí a TK po 15 minutách, dle vývoje méně často jinak EKG a saturace O₂
- NIHSS skórování po 2 hodinách 6-8 hodin, dále po 4 hod 24 hod
- Aktivní sledování hemorragických komplikací

Co by nemělo být prováděno před a během trombolýzy:

- Permanentní močový katétr zavádět nejpozději 30 min po ukončení trombolýzy
- Intramuskulární injekce nejpozději 1 hod po ukončení trombolýzy
- Centrální žilní katétr nejpozději 24 hod po ukončení trombolýzy
- Nasogastrická sonda nejpozději 24hod po ukončení trombolýzy
- Arteriální katétr nejpozději 30 až 60 min po ukončení trombolýzy (standard ON a Kladno).

3 O-et ovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou p íhodou

O-et ovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cíl o-et ovatelství. Je to v decká metoda e-ení problém nemocných, které m fle profesionáln ovlivnit sestra vzájemným propojením inností, které se provád jí ve prosp ch nemocného, p ípadn za jeho spolupráce p i individualizované o-et ovatelské pé i. Je to logická metoda poskytování o-et ovatelské pé e založené na 5 fázích: (1) shromafl ování údaj , (2) stanovení o-et ovatelských diagnóz, (3) stanovení cíl , (4) realizace o-et ovatelských intervencí, (5) vyhodnocení reakce nemocného na poskytovanou pé i (STA KOVÁ, 2002).

P i poskytování zdravotnické pé e je t eba vést zdravotnickou dokumentaci. O-et ovatelská dokumentace slouží k realizaci o-et ovatelského procesu a zachycuje konkrétní skute nosti, které se týkají poskytování o-et ovatelské pé e konkrétním pacient m. *ŠVzhledem ke svému pracovnímu p etíflení má mnoho sester odmítavý p ístup k písemné dokumentaci a považuje ji za zbyte nou. Ve skute nosti v-ak musí být dobrá o-et ovatelská pé e plánována a koordinována. Správn vedená dokumentace i plánování o-et ovatelské pé e zajistí jak kontinuitu této pé e, tak i pot ebnou informovanost ostatních sester nebo jiného o-et ovatelského personálu, které p icházejí s nemocným do styku.* (DOENGES ó MOORHOUSE, 1996, s. 27)

3.1 Sb r informací ze dne 13.1. 2012

Identifika ní údaje:

Jméno a p íjmení: J. K.

Zam stnání: OSV

Rodné íslo: 1957 (rok narození)

Stav: flenatý

Bydli-t : Kí ..

Státní p íslu-nost: eská

Vzd lání: vysoko-kolské

Národnost: eská

Pohlaví: mufl

V k: 55

Odd lení: standardní neurologické odd lení

Datum a as p íjmu: 13.1. 2012 v 9:30 hodin

Sou asný zdravotní stav:

Hlavní medicínská diagnóza p i p íjmu: Stav po ischemické cévní mozkové p íhod s následnou hemiparezou pravé poloviny t la. P íjat k rehabilitaci.

Vedlej-í medicínské diagnózy: Diabetes mellitus 2. typu, esenciální hypertenze

Subjektivní d vod p íjetí udávaný nemocným: š Jsem tady, abych se rozhýbal a mohl co nejd íve samostatn fungovat.õ

Rodinná anamnéza:

matka: lé í se s esenciální hypertenzí

otec: ve v ku 28 let zem el po úraze elektrickým proudem ó byl zdrav

bratr: zdrav

Osobní anamnéza: B fné d tské nemoci, pacient neudává fládný váflný úraz ani nemoci, lé í se s Diabetes mellitus 2. typu (od roku 2005) a esenciální hypertenzí (p esn neví, udává cca 10 let), ku ák cca 15 cigaret denn , nyní abstinuje

Farmaceutická anamnéza: Glukophage 500 mg 1-0-0 (perorální antidiabetikum), Prestarium neo 1-0-0 (antihypertenzivum), Fraxiparine 0,4 mg s.c. 1-0-1 (antitrombotikum), Ibalgin 400 mg 0-1-0 (analgetikum), Sirdalud 2 mg 0-0-1-1 (myorelaxanc), Lactulosa 20 ml dle pot eby (digestivum, laxativum)

Sociální anamnéza: flije s manfelkou v rodinném dom , dcera - zdravá, syn - zdrav

Pracovní anamnéza: pracuje v rodinné trafice, hraje rekrea n s kapelou country hu

Rámcové screeningové vy-et ení sestrou:

Celkový vzhled, úprava, hygiena - v norm , vzhled celkov upravený s p im enou hygienou

Dutina ústní a nos ó sliznice vlhké, r flové bez známek patologie

Zuby - vlastní chrup áste n sanován horní a dolní protézou

Schopnost vnímání -epotu ó ano

Schopnost tení novinového písma ó hypermetropie

No-ení brýlí - má brýle, poufívá je na tení

Pulz - 68/min, pravidelný, dobře hmatný

Dýchání ó pravidelné, sklípkové, bez vedlejších dýchacích fenomén , 15/min

Krevní tlak ó 155/90, hypertenze

Nyn jí hmotnost ó pro neschopnost stoje nelze uvést

Nahlá-ená hmotnost ó 113 kg

T lesná vý-ka ó 187 cm

T lesná teplota ó 36,5 °C

Stisk ruky ó levá kon etina ó pevný stisk, pravá kon etina ó jemné sev ení prsty ruky, paréza

Schopnost zvednout/uchopit tufku ó levá kon etina ó ano, pravá kon etina ó tufku uchopí mezi prsty a zvedne lehce nad podlofku, viditelná paréza

Rozsah pohybu kloubu ó v norm

Svalová tuhost/pevnost ó na pravé HK a DK je mírn zvý-ená tuhost

K fle ó barva: fyziologická, aplikace s.c. injekcí do oblasti mezogastria bez známek infekce, kofní léze: bez kofních lézí, riziko dekubit : dle Nortonové 29 bod , bez zvý-eného rizika

Ch ze: nechodí

Drfení t la: s oporou a dopomocí se postaví a pár minut stojí

Kanyly intravenózní: zavedena v LHK ve v. cephalica dne 12.1. 2012

Vývody/cévkky: nemá

Odsávání: bez odsávání

P edvedená schopnost pro sob sta nost (kód pro funk ní úrove 0 ó 5)

Schopnost najít se: 3

Umýt se: 3

Vykoupat se: 1

Celkový pohyb: 3

Schopnost dojit si na toaletu: 2

Schopnost obléknout se: 3

Schopnost uva it si: nelze p edvést

Schopnost nakoupit si: nelze p evést

Schopnost udrřovat domácnost: nelze p edvést

Objektivní pozorování v pr b hu získávání informací

Orientace: orientovaný místem, v prostoru i ásem

e , zp sob vyjad ování - e plynulá, vyjad ování srozumitelné

Úrove slovní zásoby ó slovní zásoba rozsáhlá

O ní kontakt ó udrřuje o ní kontakt

Rozsah pozornosti ó udrří o ní kontakt, nerozptyluje se

Nervozita: pacient je uvoln ý

Asertivní nebo pasivní: asertivní

Spolupráce: spolupracuje (TÓTHOVÁ aj., 2009)

Hodnocení sebepéče dle Oremové

Tabulka 2 Univerzální požadavky sebepéče (PAVLÍKOVÁ, 2006)

DOSTATEČNÝ A PRAVIDELNÝ PŘÍJEM POTRAVY, VODY A VZDUCHU	Jídlo je nutné pacientovi donést a na které pokrmy je třeba nakrájet. Tekutiny si sám nalije. Okno otevře a zavěsí sám.
USPOKOJIVÉ FUNKCE VYLUČOVÁNÍ MOČI, STOLICE A POTU	Pacient se pohybuje na invalidním vozíku samostatně. Vyprazdňuje se do močové láhve, kterou sám vylévá do toalety. Potřebuje dopomoci při pohybu na invalidním vozíku a při přesazení z invalidního vozíku na toaletu a zpět. Doma se vyprazdňuje jednou za 1 až 2 dny. Nyní nebyl na toaletě od 9. 1. 2012. Problémy s pocením neudává. Je schopen posoudit a sám si čistit oštetě ložnici i osobní prádlo.
ROVNOMĚRNÉ ROZLOŽENÍ INNOSTI A ODPOČINKU	Pacient tráví den mimo lůžko na invalidním vozíku. Večer cítí únavu. Pohybuje se na vozíku obtížněji vzhledem k hemipareze pravé poloviny těla. Pacient působí energicky a plný elánu. Večer je unaven po celodenním pohybu na invalidním vozíku.
ROVNOVÁHA MEZI BEZPEČÍM, JISTOTOU A HROZÍCÍM NEBEZPEČÍM	Pacient sám zkouší bezpečné denní innosti. Dokáže posoudit nutnost dopomoci.
ROVNOVÁHA MEZI SAMOTOU A SPOLEČENSKOU INTERAKCÍ	Samotu nevyhledává. Je rád ve společnosti a dobře vychází s okolím.
NORMÁLNÍ BYTÍ, EXISTENCE, BLAHO (TENDENCE PŘIŽPŮSOVÁNÍ SE NORMĚ)	Pacient se nepoddává negativním pocitům a je silně motivován k rehabilitaci. Chce se vrátit do práce.

Tabulka 3 Vývojové požadavky sebepéče (PAVLÍKOVÁ, 2006)

NOVÝ ŽIVOTNÍ FÁZE	Vede vlastní podnik, stará se o rodinu a rodinný dom. Společensky aktivní. Spokojený s přebýváním v dosavadním životě.
KRIZOVÉ A ZÁTÍŽOVÉ SITUACE A UDÁLOSTI	Deficit soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny, oblékání a stravování v souvislosti s onemocněním.

Tabulka 4 Terapeutické požadavky sebeděle (PAVLÍKOVÁ, 2006)

NÁSLEDKY ONEMOCNĚNÍ, V DOMOSTI O PATOLOGICKÉM STAVU	Následek onemocnění je hemipareza pravé poloviny těla a v souvislosti s tím porucha sobstačnosti v sebeděle. Pacient si je v domě p í iný jeho patologického stavu. Byl edukován na oddělení JIP.
DIAGNOSTICKÉ, TERAPEUTICKÉ A REHABILITAČNÍ VÝKONY	Diagnostické výkony byly provedeny na oddělení JIP o kterých byl edukován. Je informován o terapii a rehabilitaci, do které se aktivně zapojuje.
DISKONFORT A NEGATIVNÍ NÁSLEDKY LÉKAČSKÉ PÉČE	Nebyl zaznamenán žádný diskonfort ani negativní dopady lékařské péče. Pacient je poučen o právech pacienta.
ADAPTACE ORGANISMU	Vitální funkce v normálu. Dekompenzace přidružených onemocnění nebyla zaznamenána (hypertenze, diabetes mellitus).
EDUKACE PŘI TRVALÝCH VLIVECH NEMOCI A PŘI TERAPEUTICKÝCH OPATŘENÍCH	Pacient byl edukován lékařem o následcích onemocnění a je si jich v domě. Je ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky a ostatními členy zdravotnického týmu při terapii.

3.1.1 Měřicí techniky

Rozšířená stupnice Nortonové

Tabulka 5 Rozšířená stupnice Nortonové (STANĚKOVÁ, 2001)

SCHOPNOST SPOLUPRÁCE	VĚK	STAV POKOJKY	PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ	FYZICKÝ STAV
Úplná 4	10-4	Normální 4	žádné 4	Dobrý 4
částečně omezená 3	30-3	Alergie 3	DM 3	Zhoršený 3
Velmi omezená 2	60-2	Vlhká 2	Anemie, kachexie Trombóza, obezita 2	Typický 2
žádná 1	60-1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1

STAV V DOMÍ	AKTIVITA	MOBILITA	INKONTINENCE	SOU ET
Bd lý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4	30
Apatický 3	S doprovodem 3	áste n Omezená 3	Ob as 3	Riziko vzniku dekubit nevzniká
Zmatený 2	Seda ka 2	Velmi Omezená 2	P eváfn mo 2	
Bezv domí 1	Leří 1	říádná 1	Mo , stolice 1	

Barthel v test základních v-edních inností

Tabulka 6 Barthel v test základních v-edních inností (STA KOVÁ, 2001)

P íjem potravy a tekutin	samostatn bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání samostatn	bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatné nebo s pomocí	5
	neprovede	0

Kontinence mo i	pln kontinentní	10
	ob as inkontinentní	5
	pln inkontinentní	0
Kontinence stolice	pln kontinentní	10
	ob as inkontinentní	5
	pln inkontinentní	0
Použití WC	samostatné bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
P esun na l fko/na fídli	samostatn bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sed t	5
	neprovede	0
Ch ze po rovin	samostatn nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
Ch ze po schodech	samostatn bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
CELKEM		55
Hodnocení stupn závislosti 0 ó 10 vysoce závislý		
45 ó 60 závislost st edního stupn		
65 - 90 lehká závislost		
96 ó 100 nezávislý		

Jednoduchá –kála bolesti

Tabulka 7 jednoduchá –kála bolesti (STA KOVÁ, 2001)

Datum	as	lokalizace	medikace	stupe
13.1.2012	10:00	krk	Ibalgin 400 mg 0-1-0 Sirdalud 2 mg 0-0-1-1	2

Bolest: Ano, subjektivn nep íjemná

Pr b h v ase: od 10.1. 2012

Lokalizace: krk

Intenzita: 2

(fládná)0í í 1í í 2í í 3í í 4í í 5 (nesnesitelná)

Hodnocení rizika pádu

Tabulka 8 hodnocení rizika pádu (STA KOVÁ, 2001)

POHYB	Neomezený	0
	Pouflívá pomoc	1
	Pot ebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen p esunu	1
VYPRAZD OVÁNÍ	Nevyfláduje pomoc	0
	V anamnese nykturie/inkontinence	1
	Vyfláduje pomoc	1
MEDIKACE	Neuflívá risikové léky	0
	Uflívá léky ze skupin diuretik,	1
	Antiepileptika, antiparkinsonika,	
	Antihypertenziva, antidepresiva, benzodiazepiny	

SMYSLOVÉ PORUCHY	fiádné	0
	Vizuální, sluchové	1
	Smyslový deficit	
MENTÁLNÍ STAV	Orientován	0
	Ob asné/no ní dezorientace	1
	Historie desorientace/demence	1
V K	18 ó 65	0
	65 a vý-e	1
CELKOVÉ SKÓRE		4
HODNOCENÍ RIZIKA	0 bez rizika 1-3 nífl-í riziko 4-6 st ední riziko 7 vy-í riziko	

3.2 Sesterská diagnostika

Pojem diagnóza (ecky dia ó skrz, gnosi ó poznání) obecn znamená identifikaci, poznání, ur ení n eho pomocí vhodných metod. Cílem o-et ovatelské diagnostiky je rozpoznání a zhodnocení lidské reakce na nemoc. Na základ toho, jak lov k reaguje na nemoc, vznikají r zné problémy. O-et ovatelská diagnóza popisuje v-echny t lesné, sociální, kulturní, psychické zm ny, které vznikají v souvislosti s chorobným procesem. Uleh uje komunikaci jednak mezi sestrami a ostatními leny zdravotnického týmu, ale také komunikaci s pacientem. Je to jednotný návod, jakým zp sobem k pacientovi p istupovat a na co je nutné se zam ít. P í stanovení o-et ovatelské diagnózy je nutné si uv domít, fle sesterské zásahy jsou p edev-ím sou ástí odpov dí na projevy nemocného, nikoli na samotné choroby, které jsou doménou léka . Práce sestry spo ívá ve slad ní její práce a práce léka e s pot ebami pacienta za ú asti jeho rodiny. Sestra spojuje v-echny tyto sloflky do jednotného terapeutického plánu.

Hlavní aspekty myšlenkového postupu v diagnostickém procesu:

1. Analýza nashromážděných údaj
2. Vytvoření seznamu podezřelých problémů
3. Vyloučení podobných diagnóz
4. Výběr nejspecifičtějšího diagnostického označení
5. Stanovení problémů a jejich priorit
6. Identifikace silných stránek, možností a oblastí pro zlepšení (TÓTHOVÁ aj., 2009).

3.2.1 Stanovení ošetovatelských diagnóz dle priorit dne 13.1. 2012

Aktuální ošetovatelské diagnózy

1. Bolest v oblasti krku z důvodu svalové ztuhlosti projevující verbálními stížnostmi.
2. Zápcha z důvodu změny prostředí.
3. Poruchy soběstačnosti v oblasti vyprazdňování, hygieny, oblékání, stravování z důvodu poruchy tělesné hybnosti projevující se sníženou schopností vykonávat činnosti vedoucí k uspokojení základních potřeb.
4. Porucha aktivity z důvodu nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie projevující se ve větší únavou a verbalizací.
5. Poruchy tělesné hybnosti z důvodu hemiparézy pravé poloviny těla projevující se omezeným rozsahem pohybu, snížením svalové síly a poruchy koordinace na pravé polovině těla.
6. Porucha kožní celistvosti z důvodu zavedení iv. kanyly v LHK a aplikace s.c. injekcí do mezogastria.
7. Změna pocitu bezpečí a jistoty z důvodu subjektivního pocitu nebezpečí v oblasti uspokojování základních potřeb projevující se verbálně.

Potencionální ošetovatelské diagnózy

1. Riziko úrazu z důvodu poruchy hybnosti projevující se nestabilním sezením, nestabilitou při přesezení na invalidní vozík a neschopností stoje a chůze.
2. Riziko infekce z důvodu zavedení i.v. kanyly do LHK do v. cephalica

3.3 Plánování, realizace, hodnocení

Plánování

Plánování je důležitou součástí zdravotnického procesu, protože v této fázi určíme cíle, které jsou zaměřené na pacienta, a plánujeme zdravotnickou strategii, která vede k dosažení zdravotnických cílů. Prvním krokem ve fázi plánování je vytyčení priorit, které vede k preferenčnímu pořadí, v jakém se problémy budou řešit. V tomto postupu je důležité používat kritické myšlení, které pomáhá sestře při rozlišení důležitosti problému a kde může problém řešit sama v rámci svých kompetencí a problém musí řešit jiný člen zdravotnického týmu. Dalším krokem v plánování je stanovení očekávaných výsledků. Jsou to určité změny v chování a reakci pacienta, které sestra předem stanovuje. Sestra stanovuje pacientovi cíle a upesňuje je v souvislosti s cílem stanovuje výsledná kritéria, která specifikují obecné cíle.

Realizace

V této fázi dochází k uskutečnění zdravotnických činností, které jsou uvedeny v plánu zdravotnické péče. K provedení zdravotnických činností potřebuje sestra kognitivní, interpersonální a technické zručnosti. Záleží také na materiálním, personálním vybavení pracoviště. Během poskytování péče určuje její stupeň podle potřeby pacienta. V této fázi také dochází k operativní kontrole priorit, stavu pacienta a podle potřeby se plán aktualizuje.

Hodnocení

Vyhodnocovací proces v sobě zahrnuje získání údajů vzhledem na vymezená kritéria, porovnání sesbíraných údajů se stanovenými kritérii a posouzení, zda se cíle dosáhly či ne, porovnání zdravotnických činností s výsledky u pacienta, eventuálně revizi a modifikaci plánu zdravotnické péče (TÓTHOVÁ aj., 2009).

3.3.1 Bolest v oblasti krku z důvodu svalové ztuhlosti projevující verbálními stížnostmi

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: Pacient udává na jednoduché škále bolesti níže stupeň 0 do 1 hodiny

Cíl dlouhodobý: Pacient nepociťuje bolest 0 do 3 dnů

Výsledná kritéria:

Pacient užívá medikaci dle rozpisu 0 denně

Pacient zná a využívá možnosti nefarmakologické léčby - denně

Pacient spolupracuje s rehabilitačními pracovníky 0 denně

Pacient verbalizuje úplnou úlevu od bolesti 0 do 3 dnů

Pacient verbalizuje úlevu od bolesti 0 do 1 hodiny

Plán intervencí:

Zjistí lokalizaci, druh, stupeň bolesti 0 do 1 hodiny 0 všeobecná sestra

Použij ke zhodnocení bolesti jednoduchou škálu bolesti 0 do 1 hodiny 0 všeobecná sestra

Podávej medikaci dle ordinace lékaře 0 denně 0 všeobecná sestra

Sleduj účinnost medikace 0 denně 0 všeobecná sestra

Realizace od 13.1. 2012 do 16. 1. 2012:

V den přijetí jsem bolest zhodnotila podle jednoduché škály bolesti 0 2 stupně. Pacient bolest popisoval jako nepřemenné ztuhnutí v oblasti krku, které ho omezuje v níže neomezuje. Podala jsem mu naordinovanou medikaci 0 Ibalgin 400 mg. Za hodinu jsem opět zhodnotila bolest na jednoduché škále bolesti 0 1 stupeň. Informovala jsem rehabilitační pracovníky o pacientově bolesti. Edukovala jsem pacienta o nutnosti samostatného cvičení. Bolest jsem opět hodnotila 16. 1. 2012 - 1 stupeň.

Hodnocení:

Cíl byl splněn : Pacient uflívá medikaci dle rozpisu. Cvi í samostatn dle pokyn rehabilita ních pracovník . Bolest p etrvává, ale na jednoduché kále bolesti udává pacient zmír ní ó 1 stupe . Bolest poci uje dále. V intervencích je t eba pokračovat.

3.3.2 Zácpa z d vodou zm ny prost edí

Priorita: st ední

Cíl krátkodobý: Pacient se vyprázd ní ó do 1 dne

Cíl dlouhodobý: Pacient se pravideln vyprazd uje. Netrpí zácpou ó po dobu hospitalizace

Výsledná kritéria:

Pacient zná p í inu svých obtífl ó do 1 dne

Pacient se vyprázd ní ó do 1 dne

Pravideln se vyprazd uje, frekvence a konzistence je v mezích normy ó po dobu hospitalizace

Pacient nepoci uje nap tí b icha ó po dobu hospitalizace

Vypije více nefl 1500 ml tekutin ó denn

Pacient zná potraviny bohaté na vlákninu ó do 1 dne

Pacient uflívá laxativum jen ve výjíme ných situacích ó po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

Zjistí p í iny zácpy ó do 1 hodiny ó v-eobecná sestra

Zjistí zp sob, kterým se pacient d íve vyprazd oval ó do 1 hodiny ó v-eobecná sestra

Podej ordinované laxativum ó do 1 hodiny ó v-eobecná sestra

Zhodno ú ínek laxativa ó do 4 hodin ó v-eobecná sestra, asistent

Edukuj pacienta o pitném režimu a o vhodnosti zařazení vlákniny do jídelníčku do 1 hodiny - všeobecná sestra, asistent

Dopomáhej pacientovi při použití toalety o dobu hospitalizace o všeobecná sestra, asistent, sanitárka

Zajisti soukromí při defekaci o dobu hospitalizace o všeobecná sestra, asistent, sanitárka

Monitoruj vyprázdnění stolice o denně o všeobecná sestra

Realizace od 13. 1. 2012 do 16. 1. 2012

Při příjmu jsem zjistila, jak dlouho pacient nebyl na toaletě a z čeho si myslí, že má zácpu. Pacient nebyl již pátý den na toaletě. Uvádá, že tyto problémy má v cizím prostředí. Doma se vyprázdní jednou za 1 až 2 dny. Bolesti břicha neudává. Podala jsem mu 20 ml lactulosi dle ordinace lékaře. Za 4 hodiny jsem hodnotila efekt, který se nedostavil. Pacient se vyprázdnil 14. 1. 2012. Edukovala jsem pacienta o pitném režimu a vhodnosti vlákniny. Edukaci porozuměl. Denně vypil více jak 1500 ml tekutin a začal do jídelníčku jogurty obsahující vlákninu.

Hodnocení: 16. 1. 2012

Cíl byl splněn, ale je nutné dále pokračovat v intervencích. Pacient zná příčinu svých obtíží. Dodržuje pitný režim a příjem vlákniny. Nemá bolesti břicha ani nadýmání. Zná možnost použití laxativ. Na toaletě byl naposledy 14. 1. 2012.

3.3.3 Poruchy sob sta nosti v oblasti vyprazd ování, hygieny, oblékání, stravování z d vodu poruchy t lesné hybnosti projevující se sníženou schopností vykonávat innosti vedoucí k uspokojení základních pot eb

Priorita: st ední

Cíl dlouhodobý: Pacient má zaji-t né základní bio-psycho-sociální pot eby ó po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacientova sob sta nost se dle Barthelova testu sob sta nosti dostane ze st edn závislého na lehce závislého ó do 3 dn

Výsledná kritéria:

Pacient má tendence zvy-ovat si skóre v Barthelov testu sob sta nosti ó do 3 dn

Pacient spolupracuje s rehabilita ními pracovníky ó denn

Rodina pacienta se aktivn zapojuje o pé i o nemocného ó denn

Pacient ví, pro se má o sebe starat ó do 1 hodiny

Pacient se umí rozhodnout, jak se bude pé e vykonávat ó denn

Pacient ví, co pro to musí ud lat ó do 1 hodiny

Pacient je schopný selfmanagementu (sebe ízení) ó do 3 dn

Plán intervencí:

Zjistí míru sob sta nosti v Barthelov testu sob sta nosti ó v-eobecná sestra - do 1 hodiny

Zajisti pacientovi rehabilitaci s rehabilita ními pracovníky ó v-eobecná sestra ó do 1 hodiny

Dopomáhej pacientovy dle pot eby v sebeobsluhfných innostech ó v-eobecná sestra, asistent, sanitárka - denn

Zapojuj pacienta do sebeobsluhy o v-eobecná sestra, asistent, sanitárka - denn

Povzbuzuj a pochval pacienta p i každém úsp chu o v-eobecná sestra, asistent, sanitárka o denn

Uprav vhodn a bezpe n prost edí kolem pacienta dle jeho pot eb o v-eobecná sestra o do 1 hodiny

Monitoruj Barthel v test sob sta nosti o v-eobecná sestra o do 3 dn

Motivuj pacienta k samostatnosti v rozhodování o sebé i o v-eobecná sestra, asistent, sanitárka - denn

Realizace:

V den p íjetí pacienta jsem zhodnotila úrove sob sta nosti dle Barthelova testu sob sta nosti o 55 bod (závislost st edního stupn). Zajistila jsem rehabilitaci s rehabilita ními pracovníky, se kterými spolupracoval na odd lení JIP. Denn s rehabilita ními pracovníky nacvi oval sebeobsluhu, pohyb na invalidním vozíku, stoj a ch zi. Denn jsem dopomáhala p i hygien , oblékání, stravování a pouflití toalety. Rodina za pacientem denn docházela a zapojovala se do denních aktivit. Hygiena: P i hygien se posadil na l fko s nohami dol . Bylo t eba mu p ipravit hygienické pot eby a šlav rekõ. Poté hygienu obstaral sám. Dne 15. 1. 2012 jsem pacienta odvezla na vozíku do koupelny, kde se poprvé od hospitalizace s dopomocí osprchoval.

Oblékání: Pacient si dokázal sám obléci horní ást oble ení bez knoflík a zavazování. Dolní ást oble ení si oblékl s dopomocí.

Stravování: Jídlo bylo nutné pacientovi donést. N které tufl-í pokrmy bylo t eba nakrájet.

Pouflití toalety: Pacient mo il do mo ové láhve, kterou zvládl vylít do toalety. P i p esedání na toaletu pot eboval oporu. Barthel v test sob sta nosti byl opkován 16. 1. 2012 o 60 bod (závislost st edního stupn).

Hodnocení 16. 1. 2012:

Cíl byl splněn úspěšně. Pacient měl zajištěny bio-psycho-sociální potřeby. Nejvíce obtížné pro něj bylo přisedání na invalidní vozík, při kterém si nebyl jistý. Na kratší vzdálenosti se na něm pohyboval samostatně. Denně rehabilitoval s rehabilitačními pracovníky. Pacient byl silně motivovaný k zvykání soběstačnosti v sebepečení. Rodina denně docházela a zapojovala se do běžných aktivit pacienta. Byla patrná drobná zlepšení v soběstačnosti. V Barthelově testu se zlepšil o 5 bodů na 60 bodů. Stále zůstává jako závislý středního stupně. V realizaci byl použit podpůrný výchovný a terapeutický systém a úspěšně kompenzační a terapeutický systém. Byly použity tyto terapeutické činnosti: 1. Usměrňování a vedení pacienta (správné vedení plegické strany těla), 2. Fyzická a psychická pomoc a podpora pacienta (verbální a fyzická podpora a pochvala při vykonávání denních činností), 3. Zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj pacienta (odstranění překážek, které překážely pacientovi v pohybu, montáž podpůrných prvků k lůžku o postranice, hrazdička) 4. Edukace pacienta (zdravý životní styl, kompenzace přidružených onemocnění, cévní rizikový pacient, prevence pádu). Je nutné pokračovat v terapeutických intervencích.

3.4 Zhodnocení ošetřovatelské péče

Pacienta jsem ošetřovala od 13. 1. 2012 do 16. 1. 2012 na standardním neurologickém oddělení ON v Kladně, kam byl přeložen z neurologického oddělení JIP. Zde byl hospitalizován od 9. 1. 2012 pro ischemickou cévní mozkovou příhodu. Byla mu provedena trombolýza po, které se příznaky dále nestupovaly, a stav se upravil. Na standardní oddělení byl přeložen k rehabilitaci. Celkový stav pacienta byl po celou dobu mé ošetřovatelské péče stabilizovaný. Největší problém byl deficit v sebeképní. V den přijetí dle Barthelova testu soběstačnosti 55 bodů (závislost středního stupně). Denně intenzivně rehabilitoval. Po těchto dnech se v Barthelově testu zlepšil o 5 bodů, ale stále dosahoval závislosti středního stupně. Pacient získal jistotu při pohybu a zlepšil samostatný pohyb na invalidním vozíku. Spolupráce s rodinou byla velice pozitivní. Zjevná byla silná motivace pacienta a ošetřovatelskou péči hodnotil pozitivně.

Doporučení pro pacienta

- Pečovat o svou duševní i tělesnou kondici (dodržovat harmonii mezi námahou a odpočinkem, předcházet stresu).
- Nadále abstinovat v kouření eventuálně vyhledat lékařskou pomoc.
- Provádět pravidelně rehabilitační cvičení a využívat při tom externí pomoci.
- Předcházet úrazu.
- Dodržovat léčbu přidružených onemocnění (DM, hypertenze).
- Podrobně se seznámit se všemi možnými příznaky CMP.
- Předcházet sociální izolaci eventuálně navázat kontakt s lidmi se stejnou diagnózou.

Doporučení pro rodinu

- Pozitivně motivovat, chválit a mít zájem o společné aktivity.
- Předcházet sociální izolaci (zapojovat do společných aktivit přátel).
- Nепečovat pacienta, dbát na důkladný odpočinek.
- Dle možností upravit prostředí (protiskluzové podlahy a podložky, bezbariérový přístup, madla v koupelně, vhodná obuv, invalidní vozík popřípadě chodítko).
- Seznámit se s možnou pomocí externích organizací.

4 Diskuse

Na podklad teoretických znalostí a realizace o-et ovatelského procesu jsme dospěli k názoru, že pro praxi je vhodné:

- Používat metodu o-et ovatelského procesu jako proces, při kterém se sestra dostane blíže k pacientovi a jeho potřebám,
- zahrnout do procesu co nejvíce člen zdravotnického týmu (např. logoped, psycholog),
- zabezpečit dostatečné personální obsazení při poskytování o-et ovatelské péče, zejména při fyzické péči pacienta,
- zvyšovat teoretické znalosti sester, což jednoznačně přispívá k zvyšování úrovně péče,
- poskytnout personálu dostatečný rozhled zvláště v oboru psychologie a komunikace, čímž se přispěje k lepšímu pochopení pacientových potřeb a efektivnější komunikaci,
- zajistit pacientovi základní potřeby a dbát i na potřeby vyšší (estetické, duchovní),
- postupovat k pacientovi individuálně, poskytnout dostatek edukačního materiálu (brožury, doporučit internetové stránky, knihy atd.),
- komunikovat s rodinou, přáteli pacienta,
- informovat veřejnost o dané problematice prostřednictvím nástrojek umístěných na viditelných místech oddělení, internetových stránek atd.

ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda postihuje populaci všech věkových skupin. Následky nemoci zasahují zdravotní, sociální a ekonomickou stránku života pacienta a jeho rodiny. Následky nemoci jsou rozličné a závisí na mnoha faktorech jako například předchozí zdravotní stav, typ mozkové příhody, lokalizace mozkové příhody, rychlost podání lékařské péče. Nejčastěji jsou to poruchy soběstačnosti různého stupně, poruchy vědomí, hybnosti a citlivosti na různých částech těla. V léčbě je velmi důležitá včasná rozpoznání příznaků a poskytnutí lékařské péče.

Cílem práce je zdokonalit teoretické znalosti o mozkové příhodě, aplikovat ošetřovatelský proces u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou a efektivně komunikovat s ním nebo jeho rodinou. Teoretické znalosti o mozkové příhodě jsou zpracovány a s pacientem byla navázaná spolupráce. Tím byl cíl splněn.

V teoretické části se práce zabývá cévní mozkovou příhodou obecně. Podrobněji se v ní věnuje rizikovým faktorům, tranzitorní ischemické atace a subarachnoidálnímu krvácení, protože tyto pojmy nejsou laické a někdy i odborné veřejnosti známé.

Praktická část popisuje ošetřovatelský proces ve čtyřech dnech u pacienta s tímto onemocněním. V úvodu do praktické části práce je popsána předchozí hospitalizace pacienta na neurologickém oddělení JIP, pro postupný vývoj onemocnění. Samotná aplikace ošetřovatelského procesu je popsána již za hospitalizace na standardním oddělení, kde nejvýznamnějším pacientovým problémem byl deficit soběstačnosti v sebepečení. Spolupráce s pacientem a jeho rodinou byla velice pozitivní. Pacient za čtyři dny udělal drobné pokroky a byl motivován k dalšímu prohlubování soběstačnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. 2004. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 5. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 399 s. ISBN 80-246-0894-4.

BEKEL, Gerhard; HALMO, Renata. 2004. *Teorie deficitu sebepéče*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2004. 60 s. ISBN 80-244-0794-9.

BERLIT, Peter. 2006. *Memorix neurologie*. Z angl. orig. přel. Dagmar Kolínská. Praha: Grada Publishing, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1915-3.

ERVINKOVÁ, E. aj. 2000. *Ošetřovatelské diagnózy*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 56 s. ISBN 80-7013-303-1.

ERVINKOVÁ, E. aj. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy*. 4. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Franches. 1996. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Otakar Mlejnek. Praha: Grada Publishing, 1996. 576 s. ISBN 80-7169-294-8.

FEIGIN, Valery. 2004. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového infarktu*. Z angl. orig. přel. Blanka Kalvachová, Stanislav Matoušek: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

JAROTHOVÁ, D. 2000. *Teorie moderního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JAROTHOVÁ, D. 2002. *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotní sociální fakulta, 2002. 75 s. ISBN 80-7242-339-0.

JEDLIČKA, Pavel; KELLER, Otakar. 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, Karolinum, 2005. 424 s. ISBN 80-7262-312-5 (Galén); ISBN 80-246-1079-5 (Karolinum).

KALINA, Miroslav. 2008. *Cévní mozková příhoda v lékařské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 231 s. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALITA, Zbyněk. 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: Diagnostika, patofyziologie, management*. Praha: Maxdorf, 2006. 623 s. ISBN 80-85912-26-0.

KALOUŠEK, Petr; HERZIG, Roman. 2007. *Obecná neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 242 s. ISBN 978-80-244-1663-2.

KALOUŠEK, Petr; HERZIG, Roman. 2007. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 336 s. ISBN 978-80-244-1664-9.

KOPECKÝ, Z.; FROUKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2002. *Kapitoly z ošetřovatelské péče I.: Ošetřovatelský proces při zajištění základních potřeb klienta, nemocného*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: Nalios, 2002. 98 s.

NEBUDOVÁ, Jaroslava. 1998. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 1998. 86 s. ISBN 80-85875-54-3.

NEBUDOVÁ, Jaroslava. 1999. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 1999. 103 s. ISBN 80-7254-41-6.

PAVLÍKOVÁ, H. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

SPENCE, David. 2006. *Mozková mrtvice: prevence, výživová doporučení, recepty*. Z angl. orig. přel. Václav Petr. Praha: Triton, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7387-058-4.

ŠTĚPÁNKOVÁ, M. 1999. *eské ošetřovatelství 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

ŠTĚPÁNKOVÁ, M. 2001. *eské ošetřovatelství 6: Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.

ŠTĚPÁNKOVÁ, M. 2002. *eské ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Marie. 2006. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

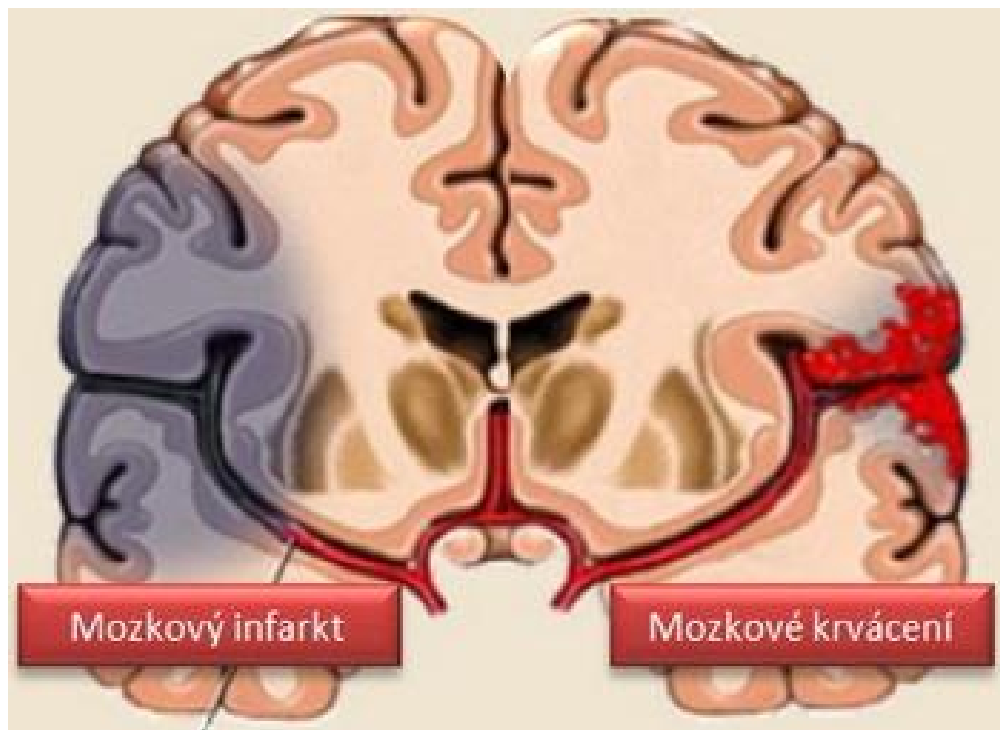
- TKOLOUDÍK, D. aj. 2009. *Obecná neurologie pro studenty bakalářského studia*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. 101s. ISBN 978-80-7368-608-6.
- TÓTHOVÁ, V. aj. 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
- VAŠKOVÁ, Eva. 2004. *Testování v rehabilitační praxi cévní mozkové příhody*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 65 s. ISBN 80-7013-398-8.
- WABERFÍNEK, G. aj. 2007. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 396 s. ISBN 978-80-246-1020-7.
- FÍDICHYNEC, Bohumil. 2002. *Tajemství mozku*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2002. 300 s. ISBN 80-86642-07-0.
- FÍIAKOVÁ, K. aj. 2005. *Ošetřovatelství a konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8.

P ÍLOHY

P íloha A ó obrázek mozkového infarktu a mozkového krvácení	I
P íloha B ó grafické znázornění modelu Oremové	II
P íloha C ó Dorothea Elisabeth Orem: Teorie deficitu sebe pé e	III
P íloha D ó souhlas se sbírem informací	VIII

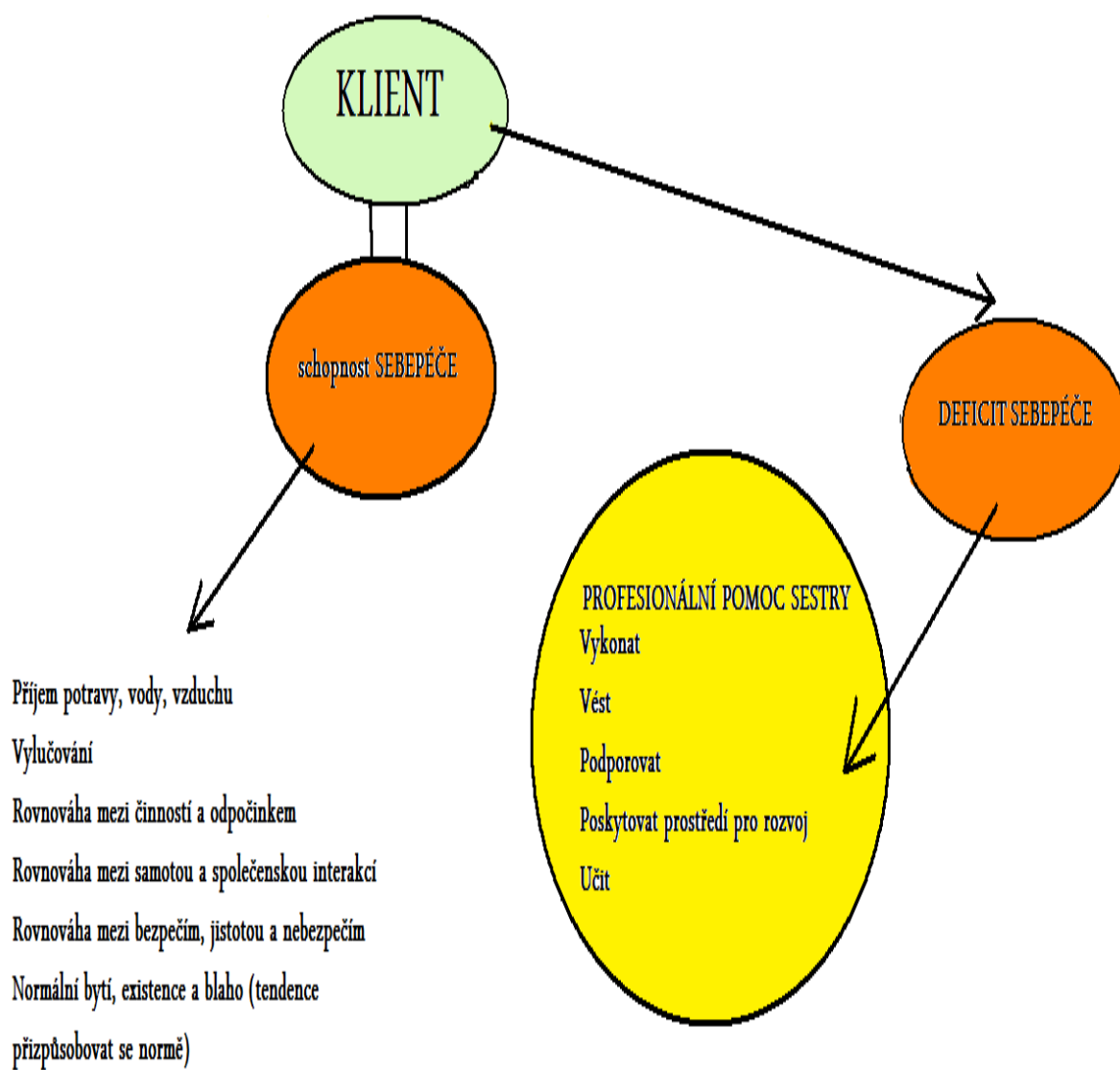
Příloha A – obrázek mozkového infarktu a mozkového krvácení

Zdroj: (www. Wikipedia. cz)



Příloha B – Grafické znázornění modelu Oremové

(JAROŠOVÁ, 2002).



Příloha C - DOROTHEA ELISABETH OREM: Teorie deficitu sebe péče

(PAVLÍKOVÁ, 2006).

Biografické údaje

*1914 Baltimore, USA

- 1930 získala základní ošetřovatelské vzdělání na Providence Hospital School of Nursing ve Washingtonu, D.C.
- 1939 získala bakalářské vzdělání v oblasti edukace na Catholic University of America ve Washingtonu, D.C. kde v roce 1945 ukončila magisterské vzdělání ve stejném oboru
- 1940 se stala editorkou pro ošetřovatelství v Providence Hospital v Detroitu
- 1947-1957 pracovala ve státě Indiana jako sestra v nemocnici, jako privátní sestra a sestra konzultantka, v tomto období začala také pracovat na své teorii
- 1957 se vrátila do Washingtonu, D.C., kde od roku 1959 působila na katolické univerzitě
- 1970 založila poradenskou firmu šOrem a Shields a pracovala jako poradkyně pro ošetřovatelství v Marylandu
- 1971 vydala knihu šNursing: Concepts of Practice (Ošetřovatelství: Koncepce praxe)
- 1976 získala titul doktora věd na Georgetown University ve Washingtonu, D.C.
- 1984 byla penzionována

Vývoj modelu

V době sesterské praxe si D. Orem všimla, že lidé, kteří vyžadují lékařskou péči, ne vždy potřebují péči ošetřovatelskou. Zjistila, že ošetřovatelskou péči potřebují jedinci, kteří nejsou schopni se o sebe přiblížit a adekvátně postarat v rozsahu a kvalitě, kterou vyžaduje jejich aktuální stav. Na základě tohoto poznání začala v polovině 60. let minulého století koncipovat vlastní ošetřovatelskou teorii. V době působení na katolické univerzitě rozvíjela koncepci ošetřovatelské péče o zaměření na rozvoj aktivit sebe péče.

- 1971 publikovala knihu Ošetřovatelství: Koncepce praxe, ve které porovnála koncepci v nemocničním a domácím ošetřování a ošetřovatelském vzdělávání (revidované vydání vyšlo v roce 2000)

- 1973 uvedla svou teorii do praxe
- dále je v-ak up es ovala a pr b fn dopracovávala a v roce 1983 publikovala v kapitole šThe Selfcare Deficit Theory or Nursing = O-et ovatelská teorie deficitu sebepé e v knize Clements, I., Roberts, F. Family Health: A Theoreticla Approach the Nursing Care (Rodinné zdraví: Teoretický p ístup o-et ovatelské pé e)

Hlavní jednotky:

cíl o-et ovatelství ó taková úrove sebepé e pacienta/klienta, aby si udržel optimální zdravotní stav,

pacient/klient ó jedinec s projevy deficitu sebepé e,

role setry ó poskytnutí pomoci pro dasaflení optimální úrovn sebepé e,

zdroj potíffí ó p ekáflky sebepé e,

ohnisko zásahu ó oblast deficitu sebepé e ,

zp sob zásahu ó prost ednictvím p ti zp sob zásahu: innosti za nebo pro pacienta/klienta, vedení, podpora, poskytnutí podn tného prost edí, u ení,

d sledky ó optimální úrove sebepé e.

Koncepce teorie

Sebepé e je soubor inností, které si kařdý jedinec zabezpe uje sám za ú elem zachování flivota, zdraví a pohody. innosti sebepé e jsou ovliv ované v kem jedince, schopnostmi jedince a sociokulturním prost edím. Sebepé e je filozofií zdravého zp sobu flivota, je konkrétním chováním jedince ve prosp ch vlastní existence.

Pofladavky sebepé e

Pé e jedince o sebe sama vychází z pot eb udržení normální funkce organismu, udržení flivota a zdraví. D. Orem identifikovala t i druhy pofladavk na schopnost sebepé e jedince (a následn rozeznává i sebepe ovatelské chování). Jde o následující pofladavky:

- **univerzální pofladavky sebepé e** zahrnují pofladavky související se základními flivotními procesy a funkcemi, jsou to:
 - dostate ný p íjem vzduchu, vody, potravy,
 - správná funkce vylu ování,
 - rovnováha mezi aktivitami a odpo ínkem,
 - rovnováha mezi sociálními interakcemi a samotou,
 - rovnováha mezi bezpečím a rizikovými íinnostmi,
 - normální bytí, existence, p ízp sobení se norm ,
- **vývojové pofladavky sebepé e** jsou spojené s r stem, vývojem a flivotními etapami i obdobími jedince, jsou to:
 - nyn j-í flivotní fáze (a její zm ny p íp echodu do následující fáze),
 - krizové a zát flivé situace a události (naru-ující r st a vývoj jedince),
- **terapeutické pofladavky sebepé e** zahrnují pofladavky p í poruchách zdraví i odchylkách od normy, které souvisejí s:
 - následky onemocnění, v domostmi o patologickém stavu,
 - diagnostickými, terapeutickými a rehabilita ními výkony,
 - dyskomfortem a negativními následky léka ské pé e,
 - adaptací organismu,
 - edukací p í trvalých vlivech nemocí a p í terapeutických opat eních.

ízení sebepé e

ízení sebepé e znamená ínostmi zam ené na aktivizaci sebepe ovatelského chování jedince. Aby bylo toto chování aktivizované, jedinec musí:

- v d t, pro o sebe pe ovat,
- um t rozhodnout, jak se bude pé e vykonávat,
- v d t, co pro to musí ud lat.

K řízení sebepéče je potřeba, aby byl jedinec schopný:

- odhadnout primární aktivity,
- rozhodnout o těchto aktivitách,
- realizovat vybrané činnosti péče.

Výsledkem řízení sebepéče je selfmanagement (sebe řízení), ke kterému je potřeba:

- znát své okolí,
- umět požádat o pomoc,
- umět reálně posoudit vlastní chování.

Deficit sebepéče

Deficit sebepéče se projevuje v situaci, kdy jsou neadekvátní vztahy mezi poskytováním sebepéče a požadavky sebepéče, tzn. že mezi nimi vznikne nerovnováha a požadavky nejsou uspokojené. Deficit sebepéče bývá vztahem spojený s propuknutím nemoci nebo narušením zdraví. Tělesný handicap nemusí být v důsledku deficitu sebepéče. Deficit sebepéče je důvodem pro poskytnutí ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský systém

Deficit sebepéče je důvodem pro poskytnutí ošetřovatelské péče. Řízení péče, které zahrnuje vlastní činnosti sestry, představuje ošetřovatelský systém. D. Orem identifikovala tři ošetřovatelské systémy:

- **podporu - výchovný ošetřovatelský systém**, který je aplikovaný v situacích, kdy jedinec potřebuje podporu a učí se ošetřovat sám sebe,
- **části kompenzační ošetřovatelský systém**, který se uplatňuje v situacích, kdy sestra a pacient/klient spolu provádějí péči na určité úrovni, na které činnosti vykonává pacient/klient sám, na které spolu se sestrou,
- **plně kompenzační ošetřovatelský systém** je aplikovaný v situacích, kdy pacient/klient není schopný vykonávat sebepéči sám, je závislý na druhých a potřebuje úplnou péči sestry.

Ošetovatelské činnosti

D. Orem stanovila pět způsobů pomoci jedinci s deficitem sebepečení, které může sestra používat jednotlivě nebo v různých kombinacích:

- zastoupení nebo jednání za pacienta/klienta,
- usměrňování, vedení pacienta/klienta,
- fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta/klienta,
- zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj schopností pacienta/klienta,
- edukace, učení pacienta/klienta.

Obsah teorie

- nedokáže-li se člověk o sebe postarat, uplatňuje se ošetvatelství,
- sestra nejdříve identifikuje existenci aktuálních a potenciálních nedostatků v sebepečení jedince v oblasti univerzálních, vývojových a terapeutických potřeb sebepečení,
- zjistí nedostatky podle jejich obsahu a rozsahu,
- při výběru činností ošetvatelské péče sestře pomáhá znalost ošetvatelských systémů a způsobů pomoci pacientovi/klientovi,
- ošetvatelské intervence, které plně kompenzují aktivity sebepečení pacienta/klienta v akutní fázi onemocnění, jsou postupně nahrazovány pomocnými, stimulačními a edukačními činnostmi, v závislosti na stavu a průběhu onemocnění,
- cílem je obnova a udržení maximálně možné úrovně sebepečení a zdraví jedince.

