

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

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

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Barbora Vaculčíková, DiS.

Praha 2012

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

**PRAHA 5**

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**BARBORA VACULČÍKOVÁ, DiS.**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Iva Tvarůžková

Praha 2012



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

**Vaculčíková Barbora**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 19. 10. 2011 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

**Ošetrovatelský proces u pacienta s CMP**

*Nursing Process for Patient with Cerebrovascular Accident*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Iva Tvarůžková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD.

V Praze dne: 31. 10. 2011

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **Prohlášení**

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

31. 5. 2012

.....

Barbora Vaculčíková, DiS.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Ivě Tvarůžkové za metodické vedení bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad. Také děkuji své rodině za trpělivost a za psychickou podporu.

## **ABSTRAKT**

VACULČÍKOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Iva Tvarůžková. Praha. 2012. 62 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na charakteristiku onemocnění CMP, na rizikové faktory vzniku onemocnění, její příčiny, příznaky, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Do poslední kapitoly jsem zařadila i důsledky CMP a také prevenci, která hraje důležitou roli při předcházení této nemoci.

V druhé kapitole jsem se zaměřila na ošetrovatelskou péči u pacienta po iktu, na plánování, realizaci a hodnocení ošetrovatelského procesu, který obsahuje získávání anamnestických údajů, posuzování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb a stanovení aktuálních a potencionálních diagnóz u konkrétního pacienta s cílem zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova: cévní mozková příhoda, iktus, ošetrovatelský proces, soběstačnost, domácí péče.

## **ABSTRACT**

VACULČÍKOVÁ, Barbora. *Nursing Process for Patient with Cerebrovascular Accident*. College of health o.p.s. Level of qualification: bachelor (Bc.). Head of thesis: Mgr. Iva Tvarůžková. Prague. 2012. 62 p.

The main theme of this thesis is nursing process for Patient with Cerebrovascular Accident.

The thesis is dividend to two chapters. The first chapters focuses on characteristic of ictus, factors influencing disease, cause o fit, symptoms, diagnostics and treatment of the illnes. The last part contains consequences of CVA and its prevention, which contains ascertainment of medical history, recognition biological, psychological, social and spiritual needs and actual and potential diagnosis of specific patient and in that way to provide duality care.

Keywords: CVA (cerebrovascular accident), ictus, nursing process, patient, self-sufficiency, home care.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	9
ÚVOD.....	10
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 ETIOPATOGENEZE .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 PŘÍČINY MOZKOVÉ ISCHÉMIE.....	15
1.3.2 PŘÍČINY MOZKOVÉ HEMORAGIE.....	16
<b>1.4 KLASIFIKACE .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 KLINICKÝ OBRAZ .....</b>	<b>18</b>
<b>1.6 DIAGNOSTIKA .....</b>	<b>21</b>
<b>1.7 TERAPIE A PREVENCE .....</b>	<b>22</b>
1.7.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	22
1.7.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	23
1.7.3 LÉČBA AKUTNÍHO STADIA ISCHEMICKÉ CMP .....	23
1.7.4 LÉČBA HEMORAGICKÝCH CMP .....	24
1.7.5 REHABILITACE PO CMP .....	25
1.7.6 PÉČE V NÁSLEDNÉM OBDOBÍ .....	26
<b>1.8 PROGNÓZA .....</b>	<b>27</b>
<b>1.9 DŮSLEDKY CMP.....</b>	<b>27</b>
<b>2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU .....</b>	<b>29</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU .....</b>	<b>33</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>62</b>



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Identifikační údaje .....	33
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí .....	34
Tabulka 3 Léková anamnéza.....	35
Tabulka 4 Barthelův test .....	37
Tabulka 5 Zjištění rizika vzniku dekubitu .....	37
Tabulka 6 Zjištění rizika pádu .....	38
Tabulka 7 Posouzení fyzického stavu.....	41
Tabulka 8 Aktivity denního života .....	42
Tabulka 9 Posouzení psychického stavu.....	44
Tabulka 10 Posouzení sociálního stavu .....	45

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>ACM</b> .....	arteria cerebri media
<b>BMI</b> .....	body mass index
<b>CMP</b> .....	cévní mozková příhoda
<b>CS</b> .....	dokončený iktus
<b>CT</b> .....	počítačová tomografie
<b>D</b> .....	dýchání
<b>DC</b> .....	dýchací cesty
<b>DSA</b> .....	digitální subtrakční angiografie
<b>ES</b> .....	progredující iktus
<b>IVT</b> .....	intravenózní trombolýza
<b>KNTB</b> .....	Krajská nemocnice Tomáše Bati
<b>LDK</b> .....	levá dolní končetina
<b>LHK</b> .....	levá horní končetina
<b>LTV</b> .....	léčebná tělesná výchova
<b>MR</b> .....	magnetická rezonance
<b>P</b> .....	pulz
<b>PTA</b> .....	perkutánní transluminální angioplastika
<b>TIA</b> .....	tranzitorní ischemická ataka
<b>TK</b> .....	tlak krevní
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>RIND</b> .....	reverzibilní ischemický neurologický deficit
<b>rtPA</b> .....	rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu
<b>SAK</b> .....	subarachnoidální krvácení

# ÚVOD

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou na celém světě jednou z nejčastějších příčin morbidit a mortality, ale také dlouhodobé invalidity. Po infarktu myokardu a maligních onemocněních je třetí nejčastější příčinou smrti u nás (Laurenčíková, 2007).

Toto onemocnění není jen problémem medicínským, ale také sociálním a ekonomickým. Mozkový iktus klade mimořádné nároky na samotné pacienty, jejich rodiny, ale i na celou společnost. Riziko postižení CMP bude zřejmě v budoucnosti stoupat, neboť jednou z možných příčin je i věk - a naše populace progresivně stárne.

Nemocný člověk je v dnešním ošetrovatelství chápán jako bytost bio-psycho-sociálně-spirituální a na základě toho by měly být uspokojovány jeho potřeby, které v důsledku nemoci nemohou být naplněny. Jenom tak můžeme zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči, na kterou je v dnešní době kladen důraz. Kvalitní ošetrovatelská péče se provádí metodou ošetrovatelského procesu, jehož součástí je plnění vytyčených cílů, plánování a to individuálně u každého pacienta.

K tématu bakalářské práce mě přivedlo moje zaměstnání v Městské nemocnici Slavičín na oddělení následné péče. K nám se pacienti s diagnózou CMP většinou překládají z akutních lůžek neurologie nebo interny na doléčení a rehabilitaci.

Cílem práce je seznámení s problematikou onemocnění cévní mozkové příhody a vypracování ošetrovatelského procesu u pacienta s touto diagnózou. Součástí bakalářské práce je brožura, která je určena pro osoby pečující o pacienta po CMP v domácím prostředí.

Stěžejní kapitola teoretické části objasňuje onemocnění CMP, její příčiny, rizikové faktory, příznaky, léčbu, rehabilitaci a péči v následném období. Na teoretickou část navazuje část praktická, která je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

## 1.1 Charakteristika onemocnění

Dle Amblera (2006) je CMP náhle vzniklá mozková porucha, především ložisková, která je způsobena poruchou cerebrální cirkulace, ischemií (80%) nebo hemoragií (20% – z toho intracerebrálních hemoragií je asi 17%, subarachnoidálních 3%).

Dle WHO jsou cévní mozkové příhody definovány jako rychle se rozvíjející ložiskové, občas i celkové příznaky poruchy mozkové funkce trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného, bez přítomnosti zjevné příčiny než cévního původu (Bauer, 2005).

Synonymem pro CMP je iktus, laicky je nazývána jako mrtvice a někdy také anglickým slovem „stroke“ (Češka, 2011).

## 1.2 Rizikové faktory

Cévní mozková příhoda zpravidla není dědičné onemocnění, ale existuje výrazná dědičná predispozice ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Ta je podmíněna vrozenou poruchou metabolismu tuků a cukrů – tzv. metabolickým syndromem. Rizikové faktory pro urychlení aterosklerotických změn představují především cukrovka, kouření, vysoký krevní tlak, obezita a hyperlipidémie. V rámci prevence CMP je tedy třeba dodržovat zdravý životní styl a důsledně léčit přidružená onemocnění ([www.cmp-brno.cz](http://www.cmp-brno.cz)).

Faktory působící na vznik cévní mozkové příhody jsou dle Amblera (2006) následující:

- Neovlivnitelné – věk, pohlaví, rasa, genetika.
- Ovlivnitelné – krevní tlak, kouření, obezita, alkohol, hormonální antikoncepce.
- Částečně ovlivnitelné – diabetes mellitus, hyperlipidémie, ateroskleróza.

Srdeční onemocnění jsou příčinou ischemické mozkové příhody, např. kardiální dekompenzace z nejrůznějších příčin, infarkt myokardu, velmi často fibrilace síní, ale i chlopenní vady.

- Přidružené – nedostatek fyzické aktivity.

Mnohé z těchto rizikových faktorů se vzájemně ovlivňují, jeden může zesilovat účinek druhého a obráceně. Např. lidé s vyšším krevním tlakem častěji trpí srdečními chorobami a aterosklerózou, cukrovka zase podporuje aterosklerózu a vysoký krevní tlak. Riziko vzniku iktu narůstá s počtem kombinovaných rizikových faktorů. Nicméně většiny rizikových faktorů se můžeme vyvarovat nebo alespoň účinně kontrolovat (Ambler, 2006).

#### *Pohlaví a věk*

U mužů pod 65 let je asi o 20% vyšší riziko vzniku ischemické nebo hemoragické CMP než u žen. U žen je zase bez ohledu na věk větší riziko vzniku subarachnoidálního krvácení, a to až o 50%. U žen se rovněž třikrát snadněji vytvoří aneurysma. Tyto pohlavní rozdíly jsou méně výrazné u mladých dospělých, kde jsou muži i ženy postiženi téměř stejně.

Riziko vzniku iktu narůstá od 45 roku věku. U lidí nad 65 let je riziko nejvyšší avšak ani mladí lidé kolem 30 let nejsou výjimkou.

#### *Rodinná dispozice a genetika*

Dědičné faktory jsou jen velmi vzácně přímou příčinou iktů. Přesto geny hrají významnou roli u některých rizikových faktorů CMP, např. hypertenze, srdečních onemocnění, diabetu a cévních malformací. Výskyt iktu v rodině, obzvláště vyskytl-li se u dvou a více rodinných příslušníků mladších 65 let, zvyšuje pravděpodobnost prodělání iktu. Existují také vzácné genetické poruchy, které zvyšují riziko výskytu CMP, např. polycystické onemocnění ledvin.

CMP, zejména hemoragické, jsou častější u lidí původu afrického, asijského než u Evropanů.

#### *Hypertenze*

Lidé s jednoznačně stanovenou hypertenzí jsou vystaveni 7krát vyššímu riziku vzniku CMP než lidé s normálním krevním tlakem. Vyšší krevní tlak postupně způsobuje poškození cévních stěn, tvrdnutí tepen, podporuje vznik krevních sraženin a tvorbu výdutí, což může vést ke vzniku iktu zejména u osob starších 45 let.

### *Srdeční onemocnění*

U lidí se srdečními problémy, jako je angina pectoris, fibrilace síní, poruchy chlopní, vrozené srdeční vady, je vyšší riziko vzniku CMP. Krevní sraženiny se někdy tvoří v srdci jako důsledek poruchy funkce chlopní, nepravidelného srdečního rytmu nebo infarktu. Tam se mohou uvolnit a dostane-li se sraženina do mozku, může ucpat tepnu a způsobit tak ischemickou CMP.

### *Ateroskleróza*

Je jednou z hlavních příčin CMP, při níž dochází k zúžení karotické tepny na krku, která způsobí zejména ischemickou CMP či TIA.

### *Vysoká hladina cholesterolu*

Přestože jsou lipidy nedílnou součástí našeho těla, vysoká hladina krevních lipidů, zejména pak cholesterolu a triacylglycerolů, zvyšuje riziko vzniku aterosklerózy a nemoci srdečních tepen.

### *Diabetes*

Toto onemocnění zdvojnásobuje riziko na vznik CMP, protože způsobuje změny v cévním systému a podporuje vznik aterosklerózy.

### *Kouření*

Znásobuje riziko vzniku CMP až čtyřikrát. Kouření způsobuje zúžení a ztvrdnutí tepen v těle a tím podporuje vznik aterosklerózy, omezení krevního proudu a usnadňuje tak srážení krve. Dokonce i pasivní kouření zvyšuje pravděpodobnost vzniku CMP až o 80%.

### *Nezdravá strava*

Nezdravá a špatně vyvážená strava (bohatá na nasycené tuky, cholesterol nebo sůl a chudá na ovoce a zeleninu) je jedním z nepříznavnějších rizikových faktorů pro CMP. Takový typ stravy způsobuje a urychluje vznik aterosklerózy, hypertenze, krevních sraženin, cukrovky a nadváhy.

## *Antikoncepce*

Většina antikoncepčních pilulek obsahuje jak estrogen, tak gestagen, nazývají se kombinovaná perorální kontraceptiva a mohou zvyšovat krevní tlak a zahušťovat krev, ve které se pak snadněji tvoří sraženiny.

Jiný typ antikoncepce obsahuje pouze gestageny a ženy užívající tento druh hormonální antikoncepce jsou vystaveny menšímu riziku vzniku CMP. Ženy, které užívaly antikoncepční pilulky v minulosti a již je neužívají, větší riziko vzniku CMP nemají.

## *Stres a deprese*

Práce, osobní vztahy, finance a jiné faktory způsobují někdy psychický stres a není vždy možné odstranit vyvolávající příčiny. Přestože většina odborníků na CMP nepovažuje občasný stres za rizikový faktor, dlouhotrvající stres může vést ke zvýšení krevního tlaku a hladiny cholesterolu v krvi. Náhlý emoční stres nebo šok, ať už pozitivní či negativní, může v přítomnosti dalších rizikových faktorů (např. těžká ateroskleróza, srdeční onemocnění nebo hypertenze) způsobit CMP.

Deprese bývá důsledkem psychosociálního stresu (např. zármutku z životních ztrát) nebo důsledkem poruchy biologické funkce (Herzig, 2008).

## **1.3 Etiopatogeneze**

Cévní mozkové příhody vznikají v důsledku poruchy prokrvení části nebo celého mozku (ischémie), krvácením do mozkové tkáně (hemoragie) nebo krvácením do subarachnoidálního prostoru (subarachnoidální krvácení). Vzácnou příčinou je postižení žilního systému /intrakraniální tromboflebitidy a trombózy splavů/ (Bauer, 2005).

### **1.3.1 Příčiny mozkové ischémie**

Příčiny mohou být jednak lokální, zodpovědné za ložiskovou hypoxii a celkové, způsobující difúzní hypoxické postižené mozku.

#### Ložiskové příčiny

Ložiskové příčiny mohou být vaskulární, kardiální a hematologické. Způsobují postižení cévní stěny s následnou stenózou až obliterací cévního lumen. Z vaskulárních



příčin je nejvýznamnějším onemocněním ateroskleróza. Z kardiálních příčin způsobujících ložiskovou mozkovou ischemii jde především o embolizaci. Nejčastěji je důsledkem fibrilace síní nebo onemocnění srdečních chlopní. Onemocnění hematologického charakteru způsobující nejrůznější hyperkoagulační stavy, které mohou být rovněž příčinou ložiskové mozkové ischemie (Bauer, 2005).

### Celkové příčiny

Postižení mozku v důsledku hypoxie vzniká tehdy, je-li snížena dodávka kyslíku při nedostatečném okysličení krve v plicích. Příčinou bývá nejčastěji obstrukce dýchacích cest při zapadání jazyka nebo posunu zubní protézy, dále aspirace, zahlenění nebo bronchopneumonie. Jednotlivé příčiny ischemických cévních mozkových příhod se obvykle navzájem kombinují (Bauer, 2005).

### **1.3.2 Příčiny mozkové hemoragie**

Krvácení do mozkové tkáně vzniká v důsledku ruptury cévní stěny některé z mozkových artérií. Tvoří 15% všech cévních onemocnění mozku a je zatíženo větší mortalitou než příhody ischemické. Progrese klinického stavu vzniká rozvojem mozkového edému, stlačením okolních cév s následným hypoxickým postižením příslušné oblasti mozku. Příčinou intracerebrálního krvácení mohou být i arteriovenózní malformace (AV malformace). Častější příčinou intracerebrálního krvácení jsou též hemoragie vzniklé jako komplikace medikamentózní léčby, především léčby antikoagulační a trombolytické (Bauer, 2005).

Subarachnoidální krvácení (SAK) je závažné neurologické onemocnění s vysokou mortalitou. Dochází k němu v důsledku ruptury aneuryzmatu (80%). Aneuryzma neboli výduť je vyklenující se místo na oslabené cévě, přičemž přesná příčina těchto vaskulárních defektů není známa. Cévní výduť lze přirovnat k „časované bombě“ (Ropper, 2005).

Další příčinou subarachnoidálního krvácení jsou AV (arteriovenózní) malformace (20%), neuroinfekce (4 – 5%), což je zánětlivé postižení centrálního a periferního nervového systému, dále pak drogy a úrazy (Lukavská, Malinová, 2009).

Mechanismem vzniku je vyklenutí cévní stěny. Na jeho vrcholu je stěna nejtenčí, proto dochází k prasknutí. Při ruptuře vytéká krev z roztržené cévy do subarachnoidál-

ního prostoru mezi pavučnicí a měkkou plenu (arachnoidea a pia mater). Velký proud krve mechanicky poškozují mozek, což je primární příčina smrti. V případě, že tlak vyvolaný stříkající krví není tak vysoký, sekundárně může vznikat vazospasmus a dochází ke zhoršení průtoku krve mozkem. To způsobuje mozkovou ischemii a následně infarkt (Lukavská, Malinová, 2009).

Arteriovenózní malformace je vrozená vývojová vada, kdy tepny se žilami mezi sebou komunikují, tzn. nebyl mezi nimi vytvořen kapilární systém. Následkem je příliš vysoký krevní průtok v žilách. Mozkové žíly mají oproti tepnám tenčí stěnu a nejsou dostatečně schopny odolávat tlaku krve, který je v tepnách podstatně vyšší. Ke krvácení dochází v průběhu života u více než poloviny všech pacientů s AV malformací. Sekundárně velmi často vzniká epilepsie či tzv. steal syndrom, kdy okolní tkáň trpí nedostatkem krevního zásobení a tím dochází k hypoxii a ischemii. Jde o závažné onemocnění, ale úmrtnost není vysoká (Lukavská, Malinová, 2009).

## 1.4 Klasifikace

Základní rozdělení CMP je na příhody hemoragické (17-30%), při níž dojde k ruptuře cévy a následnému krvácení a ischemické (70-83%), které se dále dělí podle časového průběhu:

### 1. Tranzitorní ischemická ataka - TIA

Je charakterizovaná náhlým vznikem ložiskové mozkové symptomatiky a postupnou úpravou do 24hodin. Časové rozmezí atak je mezi jednou minutou a 24 hodinami. Průměrné trvání TIA je v některých studiích několikaminutové, v jiných hodinové. Příčinou TIA je nejčastěji dočasný uzávěr intrakraniální tepny.

Klinický obraz dle postiženého řečiště:

#### - Karotické TIA

Poruchy motoriky – neobratnost, slabost až paréza jedné končetiny, její části až poloviny těla.

Poruchy citlivosti – parestézie jedné končetiny, její části až poloviny těla.

Poruchy řeči – potíže při mluvení, porozumění řeči, psaní, čtení a počítání.

Poruchy zraku – výpad části zorného pole či výpad celého zorného pole jednoho oka či výpad v druhostranných polovinách zorných polí obou očí.

Uvedené poruchy se mohou navzájem kombinovat.

- Vertebrobazilární TIA

Poruchy motoriky – omezení volných pohybů jedné končetiny až kvadruplegie, stranové střídání paréz v jednotlivých atakách.

Porucha citlivosti – na jedné nebo obou polovinách obličeje, úst a jazyka.

Porucha zraku – diplopie.

Poruchy rovnováhy - ve stoji či při chůzi, nejistota, točivá závrať.

Dysartrie a dysfagie.

## **2. Reverzibilní ischemický neurologický deficit – RIND**

Jedná se o ischemický výpad funkce, kompletně odeznívající za déle než 24 hodin. Odeznívá do 14 dnů, někdy s drobným trvalým funkčním deficitem.

## **3. Progredující (pokračující) iktus – ES**

Subakutní rozvoj během 24 hodin, narůstající porucha funkce. Jde o méně častý klinický obraz.

## **4. Dokončený iktus – CS**

Jedná se o akutně vzniklý iktus, symptomatika přetrvává nebo se velice pozvolna upravuje, úprava je vždy pouze částečná (Bauer, 2011).

# **1.5 Klinický obraz**

## **1. Klinický obraz ischemických cévních mozkových příhod**

Klinický obraz u ischemických cévních mozkových příhod je značně variabilní v závislosti na lokalizaci hypoxie, jejím rozsahu, rychlosti jejího vzniku, celkovém zdravotním stavu nemocného, preventivní léčbě i kvalitě a včasnosti urgentní intenzivní péče na samém začátku onemocnění. Ischemická cévní mozková příhoda je častěji náhle vzniklé onemocnění. Postupný rozvoj klinické symptomatologie však rovněž není vzác-

ností. Je způsoben pokračujícím uzávěrem přívodné artérie, postupným selháváním kompenzačních mechanismů nebo spoluúčastí celkové mozkové hypoxie.

Při nejčastěji se vyskytující ischemii v povodí a. cerebri media je klasickým obrazem kontralaterální porucha hybnosti, více vyjádřená na horní končetině, především akrálně, a v oblasti mimického svalstva. Častým nálezem je též porucha citlivosti, afázie a deviace očí, někdy i hlavy, ke straně léze (nemocný se dívá na ložisko) nebo paréza pohledu ke straně opačné.

Ischémie v povodí a. cerebri anterior je provázena rovněž hemiparézou, avšak s výraznějším postižením dolní končetiny. Při ischemii v povodí a. ophthalmica dochází k náhlému zamlžení nebo ztrátě vizu na stejnostranném oku, často jen prchavého charakteru (Bauer, 2005).

Při ischemii ve vertebrobazilárním povodí může být postižena a. vertebralis, – nejčastějším projevem je porucha chůze a rovnováhy. U uzávěru a. cerebri posterior jsou charakteristické poruchy zrakové. Uzávěr tepen mozkového kmene je i při minimálním poškození neslučitelný se životem. Může vzniknout tzv. Locked-in syndrom – s kvadruplegií, (hybnost očních víček a bulbů je zachovaná), neschopností komunikace. Pacient je však při vědomí, rozumí a vnímá (Ischemické CMP, 2012).

## 2. Klinický obraz mozkových hemoragií

Klinické příznaky parenchymového krvácení záleží na jeho příčině, lokalizaci, rozsahu rychlosti vzniku, kompenzačních mechanismech mozkové tkáně a celkovém zdravotním stavu nemocného.

Centrální tříštivé hemoragie jsou charakterizovány kombinací ložiskových projevů a příznaků akutně vzniklé nitrolebeční hypertenze, obvykle s poruchou vědomí. Nemocný má bolesti hlavy, často zvrací, může být inkontinentní, bývá červený v obličeji, častý je vzestup teploty. Prognóza je nepříznivá, s vysokou mortalitou.

Subkortikální globózní hemoragie probíhají méně dramaticky a připomínají ischemické příhody stejné lokalizace. Porucha vědomí je výjimečná, téměř u 1/3 pacientů se krvácení manifestuje fokálním epileptickým záchvatem. Prognóza je příznivá, s nízkou mortalitou.

Mozečková krvácení jsou obvykle závažná, nebývají včas diagnostikována. Náhlá bolest hlavy, nauzea, zvracení, porucha stoje a chůze bývá často přičítána ischemickému poškození vertebrobasilárního povodí. Prognóza je většinou infaustní.

Subarachnoidální krvácení je charakterizováno velmi náhlou a prudkou bolestí hlavy, často při tělesné námaze, defekaci, rozčilení. Provokujícím faktorem může být také předklon. Nemocný může mít nauzeu a zvracet. U závažného krvácení může dojít k psychické alteraci, neklidu, zmatenosti i významné poruše vědomí s rychle nastupujícím kómatem. Hypoxický mozkový edém a rozvoj hydrocefalu jsou příčinou syndromu nitrolebeční hypertenze. Ložiskové neurologické příznaky mohou zcela chybět nebo jsou nevýrazné. Dojde-li při subarachnoidálním krvácení zároveň ke krvácení do mozkové tkáně, je ložisková symptomatologie naopak významná a odpovídá lokalizaci hematomu. Typickým nálezem je postupný rozvoj meningeálního syndromu. Opozice šíje začíná být patrná do několika málo hodin po krvácení (Bauer, 2005).

Lukavská, Malinová (2009) uvádí klasifikaci dle Hunta – Hesse (grading score) :

Stupeň 0 – nekrvácející aneurysma, bez příznaků

Stupeň 1 – bolest hlavy, opozice šíje

Stupeň 2 – bolest hlavy, opozice šíje, léze hlavových nervů

Stupeň 3 – útlum nebo zmatenost, lehký ložiskový nález

Stupeň 4 – sopor, decerebrační rigidita, vegetativní poruchy

Stupeň 5 – hluboké kóma, decerebrační rigidita

Od stádia 3 je téměř 100% mortalita!

Abraham (2006) shrnuje příznaky následovně:

- svalová slabost nebo obrna jedné poloviny těla (hemiparéza, hemiplegie),
- poruchy řeči,
- náhlé závratě,
- nevolnost a zvracení,
- ztráta čítí, např. ztuhlost v obličeji,
- polykací potíže (dysfagie),

- dvojité vidění (diplopia),
- pokles jednoho víčka (ptosis), doprovázený zúžením zornice,
- náhlé bolesti hlavy,
- zmatenost,
- kóma.

## 1.6 Diagnostika

Základem diagnostiky cévních mozkových příhod je podrobný rozbor anamnestických údajů a klinického obrazu onemocnění společně s posouzením nálezů urgentně provedených laboratorních a instrumentálních vyšetření (Bauer, 2005).

Nedílnou součástí vyšetření pacienta s akutním iktem je i interní vyšetření se zaměřením především na zhodnocení vitálních a kardiovaskulárních funkcí, biochemické laboratorní vyšetření, včetně informace o hemokoagulačních faktorech. Cílem klinického vyšetření je provést rychlé zhodnocení závažnosti neurologického deficitu (Herzig, 2008).

Dle Bauera (2011) mají dominantní postavení v tomto procesu zobrazovací metody:

- CT mozku – výpočetní tomografie je v diagnostice cévních mozkových příhod pro svoji diagnostickou výtěžnost a snadnou dostupnost stále považována za standard. Vyšetření CT umožňuje nejen přesné rozlišení ischemie od hemoragie, ale též zobrazení rozsahu a lokalizace těchto lézí, u hemoragického iktu bezprostředně po vzniku příhody, u ischemického iktu obvykle s prodlevou několika hodin. Vyšetření CT rovněž přináší cenné informace o sekundárních změnách mozku (edém, expanzivita), dovoluje zhodnocení rizika terapie a stanovení prognózy iktu.
- Magnetická rezonance (MR) - je citlivější k odhalení malých ischemických iktů a to i ve velmi časných stádiích. Naopak je méně citlivé než CT k odhalení malých nitrolebních krvácení. Pro svou obtížnou dostupnost, kontraindikace i větší finanční náročnost je však stále vyhrazeno jen pro některá klinická centra.

- Funkční magnetická rezonance (fMR) – moderní, relativně nová metoda, která zobrazuje jednotlivé mozkové dráhy a centra, čehož se využívá pro stanovení kompenzačních možností mozkových funkcí.
- Perfuzní CT (PCT) – moderní metoda v diagnostice ischemického iktu, která umožňuje nejen zhodnocení mozkové perfuze, ale i včasné vzájemné rozlišení již ireverzibilně postižené mozkové tkáně s ještě reverzibilní poruchou mozkové funkce.
- CT angiografie (CTA) – neinvazivní metoda, která nahradila klasickou angiografií. Využívá se k průkazu progresu krvácení u intracerebrálních hemoragií (Bauer, 2011).
- Sonografické vyšetření - pomocí ultrazvuku poskytuje významné informace o průtoku krve cévou - doppler, o morfologických změnách cévní stěny - duplexní monografie nebo o organických změnách v oblasti srdce a aorty - echokardiografie (Feigen, 2007).
- Lumbální punkce - je indikována u závažného klinického podezření na subarachnoidální krvácení při negativním CT nálezu (Feigin, 2007).

## **1.7 Terapie a prevence**

Terapie a prevence cévních mozkových příhod je rozsáhlý a komplexní soubor léčebných opatření, který zahrnuje primární prevenci, léčbu akutního stadia CMP a prevenci sekundární (Bauer, 2005).

### **1.7.1 Primární prevence**

Hlavním cílem primární prevence je předcházet vzniku cévních mozkových příhod detekcí a eliminací rizikových faktorů tohoto onemocnění. Jedná se o ovlivnitelné rizikové faktory – úprava životosprávy (zákaz kouření, omezení konzumace alkoholu, redukce nadváhy, dostatek fyzické aktivity), vhodná medikace, léčba hypertenze, hyperlipoproteinémie, onemocnění srdce a diabetes mellitus (Bauer, 2005).

### 1.7.2 Sekundární prevence

Hlavním cílem sekundární prevence je snížení rizika vzniku recidivy CMP. Je zaměřena na potlačení rozvoje aterosklerotického postižení cévní stěny a zlepšení reologických vlastností krve a eliminace rizikových faktorů CMP, která má v rámci sekundární prevence stejný význam jako v prevenci primární.

Ideálním řešením provádění sekundární prevence je sledování nemocných ve specializovaných cerebrovaskulárních poradnách (Feigen, 2007).

### 1.7.3 Léčba akutního stadia ischemické CMP

Současný moderní trend v léčbě akutního stadia CMP nezbytně vyžaduje co nejrychlejší zahájení adekvátní terapie, a to v takovém zdravotnickém zařízení, které poskytuje nejen kvalitní diagnostické metody, ale umožňuje i vysoce odbornou léčebnou péči. Bezkonkurenčně nejlepším řešením je zřízení center pro léčbu CMP, tzv. iktové jednotky, kde je poskytována multidisciplinární a kvalifikovaná intenzivní péče (Amblor, 2006). Důležitý je časový interval, tzv. terapeutické okno – doba, která uplynula od prvních příznaků iktu do přijetí do nemocnice (Bauer, 2011).

Intenzivní léčba musí být provázena intenzivním sledováním základních životních funkcí (jde především o podporu kardiovaskulárního a respiračního systému, zajištění dostatečného krevního tlaku, léčba hyperglykémie), a intenzivním ošetřováním, včetně rehabilitace, psychoterapie a reedukace řeči.

Nejprogresivněji rozvíjejícím se odvětvím léčby ischemického iktu je léčba rekanalizační. Jejím cílem je obnovení průtoku krve tepnou uzavřenou trombem nebo embolem.

- Trombolytická léčba - představuje moderní a aktivní přístup k léčbě ischemických iktů. Vychází z předpokladu, že 75 – 80% ischemických iktů je důsledkem trombembolické léze. Cílem trombolytické léčby je rozpuštění trombu pomocí trombolyticky aktivní substance. Používá se r-tPA (rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu – Actilyse, altepláza), který se podává intravenózně. Tato léčba je vhodná pro relativně malou skupinu nemocných s iktu (podle přísných indikačních kritérií) a je nutno ji zahájit do 4,5 hodin (při postižení karotické oblasti) od vzniku iktu. Trombolýzu je možno aplikovat i intraarteriálně a to až do



6 hodin po vzniku iktu. Pokud jde o uzavěr bazilární tepny, intravenózní trombotická léčba není časově omezena, samozřejmě je čím dříve tím lépe pro pacienta. Hlavním rizikem této léčby je možnost vzniku krvácení zejména intrakraniálního (Bauer, 2011).

- Protitrombotická léčba protidestičková má za cíl zabránit tvorbě a následné embolizaci trombu na aterosklerotickém plátu a ovlivnění agregace trombocytů. Léčba se zahajuje co nejdříve po vzniku iktu, přestože její význam je více profylaktický. Používá se kyselina acetylsalicylová.
- Protitrombotická léčba antikoagulační - používá se nejčastěji heparin nebo nízkomolekulární heparin (fraxiparin).
- Protiédémová léčba – edém mozku může být závažnou komplikací ischemických iktů a nastupuje obvykle v průběhu prvních 24 – 48 hodin. Základní opatření u nitrolební hypertenze po CMP spočívá v polohování hlavy ve zvýšené poloze nejméně 30° nad podložkou, odstranění všech bolestivých podnětů, řádné oxygenaci a normalizaci tělesné teploty. Medikamentózně je léčbou první volby podání nitrožilně Manitol.
- Operační léčba – je indikovaná u menší části nemocných s CMP. U částečné trombózy se stenózou a. karotis se provádí endarterektomie. Její význam je především preventivní, a proto jsou indikováni jen nemocní s lehkým klinickým nálezem. Úplné trombotické uzavěry lze operačně řešit jen v prvních několika hodinách (Ambler, 2006).

Alternativou operační léčby u cévních stenóz je perkutánní transluminální angioplastika (PTA) s event. použitím stentů, dále s použitím endovaskulárně zavedených mechanických extraktorů koagula - katetr Merci, katetr Solitaire nebo s trombektomií pomocí aspiračních technik - Systém Penumbra (Bauer, 2011).

#### **1.7.4 Léčba hemoragických CMP**

Léčba zabraňuje především rozvoji ischemických změn a edému v okolí hemoragického ložiska. Proto se zásadně neliší od léčby mozkové ischemie, léčba antitrombotická je ovšem kontraindikována. Oproti ischemiím je u hemoragií důležitá korekce hypertenze. Samotné krvácení lze ošetřit pouze chirurgicky (Ambler, 2006).

### 1.7.5 Rehabilitace po CMP

Je součástí multidisciplinárního procesu, který zahrnuje ošetřující personál iktového centra (fyzioterapeuta, logopeda, rehabilitačního pracovníka, ergoterapeuta, někdy také psychologa a sociální pracovníky).

Rehabilitace po CMP začíná téměř okamžitě. Rozlišujeme několik vývojových stádií CMP a každé stádium vyžaduje jiný rehabilitační přístup:

1. stádium akutní – dominuje svalová hypotonie,
2. stádium subakutní – rozvíjí se a převažuje elasticita,
3. stádium relativní úpravy – příznivý vývoj s postupným zlepšováním stavu,
4. stádium chronické – stav se dále nezlepšuje.

Základem rehabilitačního programu u většiny pacientů jsou techniky LTV, dále prostředky fyzikální terapie, manuální terapie, ergoterapie, logopedie ([www.mozkovaprihoda.cz](http://www.mozkovaprihoda.cz)).

#### Rehabilitace v akutním stádiu

Toto období trvá několik dní až týdnů. V tomto stádiu obvykle není ještě přítomna spasticita a v popředí je svalová hypotonie.

Důležitou součástí rehabilitačního ošetřovatelství je polohování, kterým lze předejít ireverzibilním změnám v pozdějším období (kožní trofické změny, kloubní ztuhlost, nadměrná elasticita). Polohování se provádí po dvou hodinách, a to i v noci. Přitom lze použít klasické nebo speciální polštáře. Každá poloha musí být stabilní, protože nestabilita provokuje elasticitu. Již v akutním období vstupuje do programu i ergoterapeut a zjišťuje možnosti zlepšení sebeobsluhy.

Pacient s poruchou řeči vyžaduje hned od počátku péči logopeda.

Jakmile to stav pacienta dovolí, zahajujeme nácvik volní hybnosti. Začíná se s výcvikem posturálních reflexních mechanismů, což jsou jednoduché pohyby trupu vleže. Nejprve se nacvičuje otáčení na postiženou stranu a pak na zdravou stranu. Nácvik směřuje k tomu, aby byl pacient schopen ležet jak na postiženém, tak i na zdravém

boku co nejdříve. Dále se nacvičuje zvedání pánve (most) vleže ([www.mozkovaprihoda.cz](http://www.mozkovaprihoda.cz)).

### Rehabilitace v subakutním stádiu

V tomto období se začíná rozvíjet spasticita. Pacient se nejprve učí posazovat na lůžku, pokud má dobrou stabilitu vsedě, může začít provádět přemístění na židli a stoj u lůžka. Je-li vývoj stavu příznivý, dojde u některých pacientů k relativní úpravě nálezu. Zatímco u některých pacientů se i nadále stav pozvolna zlepšuje, jiní dospějí do určitého stádia, kdy již dále k podstatnému zlepšení nedochází ([www.mozkovaprihoda.cz](http://www.mozkovaprihoda.cz)).

### Rehabilitace v chronickém stádiu

Pacient v chronickém stadiu používá postiženou dolní končetinu jako rigidní oporu, více se opírá zdravou rukou o hůl, postiženou polovinu těla táhne za sebou a našlapuje na zevní hranu plosky nohy. Horní končetina je držena u těla a flektovaná v lokti, častá je subluxace ramenního pletence.

U některých těchto pacientů je popsán nález výsledkem nesprávné, pozdně zahájené nebo krátce prováděné rehabilitace. Na druhé straně víme, že i navzdory včasné zahájené, správně vedené a dlouhodobě prováděné rehabilitaci může u některých pacientů zůstat výrazně reziduální postižení ([www.mozkovaprihoda.cz](http://www.mozkovaprihoda.cz)).

### **1.7.6 Péče v následném období**

Pacient po těžké CMP obvykle absolvuje pobyt na neurologické JIP, neurologickém standardním oddělení. Pokud je postižení pacienta i po ukončení pobytu na tomto oddělení těžké a pacient nemůže být přeložen do domácího prostředí, je třeba zajistit další návaznost (rehabilitační ústavy, event. léčebny dlouhodobě nemocných). Při příznivém vývoji a je-li vhodné domácí zázemí, může být pacient převeden do domácí péče. Pro většinu pacientů je pak vhodné, když absolvují pobyt v rehabilitačním ústavu nebo lázních. Pro část pacientů po CMP je vhodné po přeložení do domácího prostředí zajistit pečovatelskou službu a domácí rehabilitaci s fyzioterapeutem ([www.mozkovaprihoda.cz](http://www.mozkovaprihoda.cz)).

## 1.8 Prognóza

Po mozkové mrtvici může dojít k úplnému zlepšení nebo částečnému zlepšení, ale jeho stupeň je velmi proměnlivý. K největšímu zlepšení zdravotního stavu dochází v průběhu prvních tří měsíců, ale další zlepšování může pokračovat až dva roky.

Šest měsíců po mozkové mrtvici 60% postižených zemře, nebo zůstávají závislí na péči svého okolí.

Naděje na dobrý výsledek léčení je u středně těžkého postižení bez mentálních poruch, u mladých nemocných, u pacientů, kteří nejsou inkontinentní a u nichž je patrné rychlé zlepšení bezprostředně po mrtvici. Úmrtí v průběhu několika hodin po vypuknutí prvních příznaků je vzácné, výjimkou jsou případy se subarachnoidálním krvácením (Abrahams, 2006).

## 1.9 Důsledky CMP

Některé mozkové příhody jsou smrtelné, jiné mohou způsobit trvalé nebo dočasné postižení. Čím delší doba po mozkové příhodě uplyne, tím menší je riziko, že na ni postižený člověk zemře. Nejvyšší riziko úmrtí je během prvních tří dnů po iktu – přibližně 12%.

Mrtvé mozkové buňky, v případě krvácivých příhod pak krevní sraženina, jsou po CMP postupně vstřebány. Ve většině případů je tento přirozený proces ukončen během třech měsíců po příhodě. Po této době je jedna třetina těch, kteří přežili, nesoběstačná a mívá komplikace, které mohou způsobit smrt nebo vážné trvalé postižení (Feigin, 2007).

U člověka, který utrpěl cévní mozkovou příhodu, se mohou objevit následující potíže:

- Ztráta normálních kontrolovaných pohybů

Změna životní funkce, kterou trpí všichni pacienti po cévní mozkové příhodě, je ztráta normálního svalového tonu na postižené straně. Svalový tonus může být zvýšený, snížený nebo obojí. Ztráta možnosti kontrolovaného pohybu omezuje schopnost člověka provádět každodenní úkony. Může to vést k dalším sekundár-

ním problémům: proleženiny, zánětlivé komplikace, zácpa, v dolní končetině může dojít ke vzniku krevních sraženin, které se mohou dostat do plic, kde způsobí plicní embolii.

- Obtíže při polykání (dysfagie)

Mohou pramenit z oslabení svalů tváře, čelisti, jazyka a polykacích svalů. Pacient proto nemůže přijímat potravu, hrozí zde riziko aspirace (vdechnutí potravy do plic).

- Inkontinence močového měchýře a střeva

Inkontinence je obvyklým jevem po cévní mozkové příhodě. U některých pacientů se může kontrola močového měchýře a střeva vrátit k původní funkci.

- Senzorické problémy

Poškození mozku může způsobit nejen viditelnou fyzickou invaliditu, ale také potíže vnímání a ztrátu smyslového rozlišování. Lidé po cévní mozkové příhodě proto mohou mít potíže s určením polohy končetin a pozice svého těla. V závislosti na tom, která část mozku je poškozena, se mohou u pacienta objevit také problémy s hmatem, zrakem, sluchem, řečí, čichem a rovnováhou.

- Psychologické a emocionální problémy

Když se člověk po cévní mozkové příhodě učí vyrovnat se situací, mohou se u něho objevit deprese, úzkost či změny nálady. Bývá to však spíše přirozená reakce člověka na změnu okolností, než následek cévní mozkové příhody.

- Problémy s chápáním

Může být postížena paměť, soustředění a prostorové chápání.

- Sociální následky cévní mozkové příhody

Po cévní mozkové příhodě se mohou objevit menší či větší změny ve vztahu mezi člověkem, který utrpěl CMP a ostatními členy rodiny. Často také dochází k izolaci v rámci rodiny a ve společnosti (Rehabilitace po cévní mozkové příhodě, 2004).

## **2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

### **Režimová opatření**

Pacient je přijímán na iktovou JIP, na jednotku neurologického nebo interního oddělení. V akutní fázi má klid na lůžku, jakmile to stav dovolí, začíná se s rehabilitací. Lůžko je vhodné opatřit postranicemi, hrazdičkou, antidekubitálními pomůckami, samozřejmě je signalizační zařízení na dosah ruky pacienta. Jídelní stůl by měl být zpočátku umístěn na té straně, která je postižena parézou nebo plegií.

### **Poloha**

- poloha zvýšená o 30 stupňů – u nitrolební hypertenze,
- pravidelné polohování, podkládání postižených končetin, aby nedocházelo ke kontrakturám, svalovým refrakcím.

### **Monitorace**

- základní vitální funkce (TT, P, TK, D – dle potřeby zajistit oxygenoterapii, toaletu DC),
- stav vědomí,
- žilní vstupy - neaplikovat do postižené končetiny,
- pacient je prvních 72 hodin ohrožen edémem mozku,
- výsledky vyšetření,
- veškeré změny hlásit lékaři.

### **Hygiena**

- zjistit stupeň soběstačnosti (Barthelův test),
- dle potřeby zajistit hygienickou péči dle stavu,
- motivovat k soběstačnosti.

### **Výživa**

- zhodnotit stav výživy,
- dle stavu nemocného a doporučení lékaře,

- strava per os, NGS či parenterální výživa,
- mixovaná či mletá strava,
- sledovat a zaznamenávat příjem jídla a tekutin.

### **Vyprazdňování**

- močový katétr – sledovat BT, podložní mísa, močová láhev, plenkové kalhoty,
- prevence zácpy,
- zajistit dostatečný příjem tekutin,
- dbát na intimitu,
- zajistit důkladnou hygienu konečníku.

### **Spánek a odpočinek**

- zajistit klidné prostředí,
- čisté, suché lůžko,
- dle ordinace lékaře podávat hypnotika.

### **Psychosociální potřeby**

- zajistit klidné prostředí,
- umožnit návštěvy,
- empatie, zájem, dostatek informací,
- dle potřeby zajistit psychologa.

### **Komunikace sestry s pacientem**

- mluvit pomalu, krátké, jednoduché věty,
- kreslit, psát,
- používat gesta, výrazy tváře,
- vypnout rádio, televizi,
- když je třeba, opakovat slova, nepředstírat, že rozumím, když tomu tak není,
- poskytnout dostatek času pacientovi na vyjádření,
- důležitá je trpělivost, povzbuzení,

- poučit rodinu o komunikaci s pacientem, pomáhá rozhovor o rodinných záležitostech, prohlížení a popisování fotografií, známých míst, osob, pomáhá také zpěv.

### **Domácí péče**

- zajistit informace rodinným příslušníkům,
- příprava domova pro příchod pacienta, zajistit domácí péči, fyzioterapii,
- popř. kontaktovat sociální pracovníci.

### **Komplexní péče**

- stav hydratace pacienta,
- stav pokožky,
- příjem potravy, polykací reflex,
- psychický stav,
- průběh rehabilitace,
- prevence Neglect syndromu – přístup k pacientovi z postižené strany (Laurenčíková, 2007).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

#### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení : O.H.	Pohlaví : muž
Datum narození : 1943	Věk : 69 let
Adresa bydliště a telefon : Slavičín	
Adresa příbuzných : Slavičín	
RČ : 1943	Číslo pojišťovny : 111
Vzdělání : vyučený	Zaměstnání : důchodce
Stav : rozvedený	Státní příslušnost : ČR
Datum přijetí : 2.4. 2012	Typ přijetí : překlad z neurologie
Oddělení : Následná péče I.	Ošetřující lékař : MUDr. M.M.

*Tabulka 1 Identifikační údaje*

**Důvod přijetí udávaný pacientem :** „Trefila mě mrtvice“.

**Medicínská diagnóza hlavní :**

Stav po ischemickém iktu v povodí ACM I.dx s levostrannou hemiplegií, stav po IVT, parézou n.VII l.sin, deviace l. oka doprava, afázie

**Medicínské diagnózy vedlejší :**

Diabetes mellitus II. typu, hypertenze III. st., chronická ischemická choroba srdeční III NYHA, fibrilace síní, chronická žilní insuficience DKK

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK : 140/90 mmHg	Výška : nelze změřit, pacient udává 180 cm
P : 72/min, nepravidelný	Hmotnost : nelze zvážit, pacient udává 85 kg
D : 18/min, pravidelné, eupnoe	BMI : 26,5 – nadváha
TT : 36,4 °C	Pohyblivost : ležící

*Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí*

### **Nynější onemocnění :**

Pacient přeložen z neurologie KNTB Zlín, 5.3. 2012 náhle u televize porucha řeči a hybnosti levostranných končetin. Nalezen ležící na zemi, řeč nesrozumitelná. Dle CT diagnostikována cévní mozková příhoda s levostrannou hemiplegií.

### **Informační zdroje :**

Lékařská zpráva, překladová zpráva, sesterská dokumentace, informace od samotného pacienta a jeho přítelkyně.

## **ANAMNÉZA**

### **1. Rodinná anamnéza :**

Matka : zemřela ve stáří, „asi srdce“

Otec : zemřel tragicky, srazilo ho auto

Sourozenci : 2 bratři, jsou mladší, jeden se léčí s rakovinou prostaty a druhý má hypertenzi

Děti : 2, dcera a syn, jsou zdraví

### **2. Osobní anamnéza :**

Překonané a chronické onemocnění :

DM II.typu na PAD, hypertenze, fibrilace síní, chronická ischemická choroba NYHA III.St.

Hospitalizace a operace :

V roce 2010 zjištěna fibrilace síní, v témže roce cholecystektomie

Úrazy : neudává žádné

Transfúze : neudává žádné

Očkování : běžné dětské očkování

### 3. Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Diaprel MR	tbl.	30mg	2-0-0	PAD
Digoxin	tbl.	0,125mg	1-0-0	Kardiotonikum
Egilok	tbl.	25mg	1-0-1	Betablokátor
Godasal	tbl.	100mg	0-1-0	Antiagregans
Tritazide	tbl.	2,5/12,5mg	1-0-0	Antihypertenzivum ACE inhibitor plus a diuretikum
Detralex	tbl.	500mg	1-0-1	Venotonikum
Tramal ret	tbl.	100mg	1-0-1	Analgetikum

*Tabulka 3 Léková anamnéza*

**4. Alergologická anamnéza:** neudává žádné alergie

**5. Urologická anamnéza:** potíže neudává

**6. Abúzy:**

Alkohol: příležitostně si dá pivo

Kouření: kouřil před onemocněním asi 10 cigaret denně, nyní nekouří

Káva: nepije

Léky: neguje

Jiné drogy: neguje

## 7. Sociální anamnéza :

Stav : rozvedený

Bytové podmínky : pacient bydlí v paneláku, v dvoupokojovém bytě, ve třetím poschodí

Vztahy, role a interakce v rodině : bydlí s přítelkyní, děti žijí v Brně, s nimiž není v kontaktu, již před onemocněním se spolu nestýkali

Vztahy mimo rodiny : je v kontaktu se známými, kamarády a se sousedy

Záliby: čtení, myslivost

Volnočasové aktivity : sledování televize, čtení, křížovky, procházky se psem

## 8. Pracovní anamnéza:

Vzdělání : vyučený elektrikář

Pracovní zařazení : důchodce

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého : dříve pracoval jako elektrikář, odchod do starobního důchodu v r. 2004

Ekonomické podmínky : mohlo by to být lepší

## 9. Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky : nemocný vyznává římsko-katolickou víru, do kostela nechodí a o religiózní obřady zájem nemá.

## BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL)

9.4. 2012

Příjem potravy a tekutin	s pomocí	5 bodů
Oblékání samostatné	neprovede	0 bodů
Koupání	neprovede	0 bodů
Osobní hygiena	samostatné nebo s pomocí	10 bodů
Kontinence moči	plně kontinentní	10 bodů

Kontinence stolice	plně kontinentní	10 bodů
Použití WC	neprovede	0 bodů
Přesun na lůžko-židli	neprovede	0 bodů
Chůze po rovině	neprovede	0 bodů
Chůze po schodech	neprovede	0 bodů

*Tabulka 4 Barthelův test*

**Hodnocení stupně závislosti:** 35 bodů - vysoká závislost

### **ZJIŠTĚNÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU – rozšířená stupnice podle Nortonové**

Schopnost spolupráce	částečná	2 body
Věk	nad 60 let	1 bod
Stav pokožky	suchá	1 bod
Další nemoci	obezita	2 body
Tělesný stav	zhoršený	3 body
Aktivita	upoután na lůžko	1 bod
Inkontinence	občasná	3 body
Pohyblivost	omezená velmi	2 body
Stav vědomí	bdělý	4 body

*Tabulka 5 Zjištěný rizika vzniku dekubitu*

**Celkové skóre:** 19 bodů – riziko vzniku dekubitu

## ZJIŠTĚNÍ RIZIKA PÁDU 9.4. 2012

Věk	60let a více	1 bod
Smyslové poruchy	Žádné	0 bodů
Pohyblivost	Neschopen přesunu	3 body
Dezorientace	Není	0 bodů
Medikace	Antihypertenziva, diuretika	1 bod
Vyprazdňování	Vyžaduje pomoc	3 body
Pád v anamnéze	Ne	0 bodů

*Tabulka 6 Zjištění rizika pádu*

**Celkové skóre: 8 body** – hrozí riziko pádu

## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ze dne 9. 4. 2012

### 1. Posouzení fyzického stavu

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě občas pobolívá, nosím brýle na čtení.“	Hlava: normocefalická, na poklep nebolestivá.  Oči: bulby deviované doprava, paréza pohledu doleva, bez ikteru, fotoreakce přítomná.  Uši a nos: bez výtoku.  Dutina ústní: horní i dolní zubní náhrada, jazyk bez povlaku, plazí středem, tonzily normotrofické.  Krk: souměrný, pohyblivý, šíje neopoune, štítná žláza nezvětšena, uzliny nehmatám.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„S dýcháním nemám žádné problémy.“	Hrudník: souměrný, bez deformit.  Dýchání: čisté, bez vedlejších fenoménů, poklep plný, jasný, D: 17/min, eupnoe.
<b>Srdečně-cévní systém</b>	„Někdy mně utíká srdíčko.“	Srdeční akce: nepravidelná, ozvy ohraničené, TK 145/90, P 78/min, plný, nepravidelný, pulzace hmatná na periferních artériích.  HKK : LHK, PHK bez otoků.  DKK: bez otoků, varixů, Homans negativní.



<b>Břicho a GIT</b>	„Tady v nemocnici nemůžu na velkou.“	Břicho: palpačně nebolestivé, peristaltika přítomná, poklep bubínkový, jizva po cholecystektomii.  Játra: nezvětšena, v oblouku.  Stolice: jednou za tři dny na podložní mísu.  Konečník: bez hemeroidů.
<b>Močovo-pohlavní systém</b>	„Močím do bažanta.“	Pacient močí do močové láhve, diuréza za 24/h je 1500ml, specifická váha moči je 1012, moč je čirá, bez příměsí.
<b>Kosterně-svalový systém</b>	„Jsem ochrnutý na levou stranu, nemůžu pohnout ani rukou ani nohou.“	Kostra: je souměrná, bez deformit, svalstvo normotrofické, pohybový režim ležící, stoj a chůze nelze, plegie LHK, LDK.  Poloha: pasivní, pacient se zatím musí polohovat, sám se přetočí na levý bok
<b>Nervově-smyslový systém</b>	„Slyším dobře, akorát nosím brýle na čtení.“	Zrak: dalekozrakost, vadu koriguje brýlemi.  Sluch, hmat, chuť, čich jsou zachované.
<b>Endokrinní Systém</b>	„V pořádku.“	Nebyl speciálně vyšetřený, nemá žádné příznaky onemocnění.
<b>Imunologický Systém</b>	„Nebývám nemocný, tak dvakrát do roka mám rýmu a kašel.“	Bez alergických projevů.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Nemám žádné vyrážky a ani se moc nepotím, jen když je venku moc horko.“	Kůže: je čistá, bez ikteru a cyanózy, kožní turgor přiměřený.  Sliznice: hydratované, vlhké.

		<p>Vlasy: čisté, bez lupin, ochlupení těla primární a sekundární.</p> <p>Nehty: čisté, nelámavé.</p>
--	--	--

*Tabulka 7 Posouzení fyzického stavu*

## 2. Aktivity denního života

OBLAST	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Stravování</b>	<p>„Sním všechno, když jsem byl doma, pro jídlo jsem si každý den chodil do obědváků do jedné jídelny.“</p> <p>„Mám cukrovku, tak jím až 6 x denně“.</p> <p>„Tady taky dobře vaří, ale musím mít mletou stravu, protože se zakuckávám.“</p>	<p>D č. 9 mletá, jídlo mu chutná, tekutiny jsou zahušťovány z důvodu ztíženého polykání.</p> <p>BMI: 26,5 - nadváha (je orientační, nelze zvážit ani změřit).</p> <p>Před mozkovou příhodou byla váha 85 kg a 180 cm výška.</p>
<b>Příjem tekutin</b>	<p>„Doma jsem pil málo, tak půl litru denně.“</p> <p>„Sestřičky mě nutí, abych víc pil, tak se snažím, co mi nalejou, to vypiju.“</p>	<p>Za posledních 24 hodin vypil 1800 ml tekutin, převážně čaje.</p>
<b>Vylučování moče</b>	<p>„Přes den nemám potíže, v noci močím častěji.“</p>	<p>Denní diuréza za posledních 24 hodin 1500 ml, bez příměsí, specifická váha 1012.</p>

<b>Vylučování stolice</b>	<p>„Doma jsem chodil pravidelně každý den.“</p> <p>„ Tady je to horší, nemůžu na záchod a na mísu to nejde tak dobře, ale už jsem si zvykl, chodím tak jednou za tři dny.“</p>	<p>Sklony k zácpě, stolice je jednou za tři dny, tuhé konzistence, bez patologických změn.</p>
<b>Spánek a bdění</b>	<p>„Doma jsem neměl žádné problémy se spánkem.“</p> <p>„v nemocnici spím i přes den a v noci pak nemůžu spát.“</p>	<p>S usínáním problémy nemá, ale s probouzením a neschopností v noci znovu usnout.</p>
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<p>„Doma jsem odpočíval u televize, při čtení, chodil jsem na procházky s přítelkyní a naším psem.“</p> <p>„Tady mi zbylo už jen to čtení, ale ani to už mě nebaví.“</p>	<p>Pohybový režim ležící pro levostrannou hemiplegii, dopomoc při změně polohy.</p> <p>Odpoledne spí, tak 1 – 2 hodiny.</p>
<b>Hygiena</b>	<p>„Každý den jsem se sprchoval.“</p> <p>„Ráno a večer mě pomáhají sestřičky a jednou týdně mě přijde vykoupat přítelkyně.“</p>	<p>Je nutná dopomoc při hygieně, zvládne si umýt obličej, hrudník a genitál. Ostatní části těla, včetně zubní náhrady, sestra.</p>
<b>Soběstačnost</b>	<p>„Doma jsem zvládal všechno sám.“</p> <p>„Teď se sám jenom najím, neobleču se ani se neokoupu.“</p>	<p>Pacient potřebuje dopomoc při jídle - zajistit polohu, stravu a tekutiny k lůžku také při oblékání, hygieně a ostatních běžných denních aktivitách.</p>

*Tabulka 8 Aktivity denního života*

### 3. Posouzení psychického stavu

<b>Vědomí :</b> lucidní.
<b>Orientace:</b> orientovaný v čase, místě, prostoru, osobě.
<b>Nálada:</b> Subjektivně: „mám strach, co se mnou bude dál.“ Objektivně: odpovídá zdravotnímu stavu. Když za ním přijde přítelkyně nebo známí hned se cítí lépe.
<b>Paměť:</b> Subjektivně: „, všechno si pamatuju, nemám potíže.“ Objektivně: staropaměť zachovalá, novopaměť zhoršená, nové události si někdy nedokáže vybavit.
<b>Temperament:</b> Subjektivně: „, jsem klidřas.“ Objektivně: málo komunikuje s ostatními pacienty na pokoji, sám komunikaci nenavazuje, jeví se jako introvert.
<b>Sebehodnocení:</b> „Mám rád svůj klídek, společnost sám nevyhledávám, ale s přítelkyní občas někde zajdu.“

<p><b>Reakce na hospitalizaci:</b></p> <p>Subjektivně: „nestěžuju si, jsou tu hodné sestřičky.“</p> <p>Objektivně: příznaky hospitalismu neudává.</p>
<p><b>Vnímání zdraví:</b></p> <p>„Rád jsem chodil ven na procházky, kdo ví, jestli ještě budu někdy moct.“</p>
<p><b>Adaptace na onemocnění:</b></p> <p>Subjektivně: „nevím, zatím jsem se s tím co se mi stalo moc nesrovnal.“</p> <p>Objektivně: reakce odpovídá vzhledem k diagnóze. Má strach, že bude závislý na pomoci druhé osoby.</p>
<p><b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy):</b></p> <p>Subjektivně: „, mám strach z toho, co bude až budu propuštěný z nemocnice.“</p> <p>Objektivně: pacient verbalizuje strach, který se projevuje nespavostí v noci, skleslou náladou.</p>
<p><b>Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iantropatogenie, sorrorigenie):</b></p> <p>Subjektivně: „, nemám žádné špatné vzpomínky.“</p> <p>Objektivně: pacient nemá negativní zkušenosti.</p>

*Tabulka 9 Posouzení psychického stavu*

#### 4. Posouzení sociálního stavu

<p><b>Komunikace:</b></p> <p>Pacient používá verbální i neverbální komunikaci, je však ztížená afázií a levostrannou hemiplegií.</p>
<p><b>Informovanost o onemocnění:</b></p> <p>Subjektivně: „mám po mrtvici a jsem ochrnutý na levou stranu.“</p> <p>Objektivně: informace týkající se onemocnění, diagnostických postupech, o léčebných možnostech, prognóze a délce pobytu, jsou poskytovány přítelkyni nemocného.</p>
<p><b>Informace o léčbě a dietě:</b></p> <p>Subjektivně: „jsem tady kvůli rehabilitaci, musím rozcvičit levou stranu. Mám cukrovku, tak nemůžu sladké, mám dietu.“</p>
<p><b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací, změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:</b></p> <p><b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b> – „jsem rozvedený, žiju s přítelkyní“.</p> <p><b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b> – „jsem v důchodu, udržuju vztahy se sousedy, známými, s dětmi se bohužel nestýkám“.</p> <p><b>Terciární:</b> „je mi smutno za našim psem, chybí mi procházky s ním.“</p>

*Tabulka 10 Posouzení sociálního stavu*

## MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

### Ordinace :

Glykemický profil, sledování BT, měřit a zaznamenávat fyziologické funkce (TT, TK, P), polohování, rehabilitace na lůžku, popř. vertikalizace.

### Výsledky vyšetření :

Glykemický profil ze dne 10.4.2012

glukosa na lačno..... 8,6 mmol/l

glukosa 11:15..... 10,9 mmol/l

glukosa 13:15..... 8,8 mmol/l

### Konzervativní léčba :

**Dieta** : č. 9 ml, zahušťovat tekutiny

**Pohybový režim** : ležící, polohování

**RHB** : LTV na lůžku

### Medikamentózní léčba :

- **Per os** : Diaprel MR 2 – 0 - 0  
Digoxin 0,125 1 - 0 - 0  
Egilok 25 mg 1/2 - 0 - 1/2  
Godasal 100mg 0 – 1 - 0  
Detralex 1 – 0 – 1  
Lactulóza lžičce ráno na lačno
- **S.c.:** Fraxiparin 0,3ml 0 - 0 - 1
- **Per rectum** : glycerinový supp. při zácpě

## **SITUAČNÍ ANALÝZA ze dne 9.4. 2012**

69 letý pacient po ischemickém iktu s levostrannou hemiplegií, centrální parézou n. VII l.sin, parézou pohledu doleva, afázie, která postupně regreduje, převážně i paréza pohybu očních bulbů doleva. Nyní přeložen z neurologického oddělení KNTB ve Zlíně k další rehabilitační terapii. Pacient je při vědomí, klidný, orientovaný, léčba diabetu na dietě na PAD, od přijetí probíhá rehabilitace levostranných končetin, posazován, sed pouze s oporou, na lůžku se otočí na levý bok, nemocný je bez otoků, dekubitů, dobře hydratován, uspokojivé výživy, per os dobře toleruje, nají se sám, ale jinak potřebuje dopomoc při všech běžných denních aktivitách. Snaží se spolupracovat, na výzvy reaguje adekvátně. Zavedena bilance tekutin, polohování, zajištěno antidekubitární lůžko. Pacient leží na pokoji s dalšími čtyřmi nemocnými, nekomunikuje s nimi však, občas skleslá nálada, problémy se spánkem, nejistota a strach z budoucnosti, někdy je mu smutno, přítelkyně je zaměstnaná, chodí za ním jednou týdně a s dětmi se nevidá.



## **Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit :**

### **Aktuální diagnózy:**

1. Deficit sebepěče v oblasti příjmu potravy z důvodu levostranné hemiplegie končetin projevující se neschopností připravit si jídlo.
2. Deficit sebepěče v oblasti hygieny z důvodu poruchy hybnosti projevující se neschopností umýt si jednotlivé části těla.
3. Deficit sebepěče v oblasti vyprazdňování z důvodu poruchy hybnosti projevující se neschopností dojít si na toaletu.
4. Deficit sebepěče v oblasti oblékání projevující se neschopností oblékat se a svlékat si jednotlivé části oděvu.
5. Porucha tělesné hybnosti z důvodu levostranné plegie projevující se neschopností měnit polohu na lůžku.
6. Bolest z důvodu omezené pohyblivosti projevují se verbalizací, výrazem v obličeji.
7. Zhoršená verbální komunikace v důsledku mozkové ischemie projevující se ztíženou artikulací.
8. Zácpa v souvislosti se sníženou pohybovou aktivitou projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování stolice.
9. Poruchy spánku v souvislosti se spaním přes den projevující se zhoršeným usínáním.
10. Strach v souvislosti s prognózou a následky onemocnění projevující se nervozitou, chvěním, výrazem v obličeji.
11. Osamělost v souvislosti s hospitalizací projevující se špatnou náladou, apatií.
12. Změny smyslového vnímání jako následek poškození nervových buněk projevující se jednostranným opomíjením těla.

### **Potenciální diagnózy:**

1. Riziko aspirace v souvislosti s poruchou funkce polykacího reflexu.
2. Riziko vzniku dekubitu z důvodu poruchy hybnosti.
3. Riziko pádu z důvodu imobility.
4. Riziko poruchy výživy a příjmu tekutin z důvodu poruchy polykání.
5. Riziko vzniku infekce z důvodu aplikace injekcí.

### **1. Deficit sebepečce v oblasti příjmu potravy z důvodu levostranné hemiplegie končetin projevující se neschopností připravit si jídlo.**

#### **Cíl:**

- pacient dosáhne maximální míry soběstačnosti.

#### **Priorita:**

- střední

#### **Výsledná kritéria:**

- pacient se aktivně zapojuje do sebepečce týkající se příjmu potravy dle svých možností - po dobu hospitalizace,
- pacient neklesne na váze - po dobu hospitalizace,
- nedojde ke ztrátě podkožního tuku - po dobu hospitalizace,
- pacient přijímá potravu 6 x denně - po dobu hospitalizace.

#### **Intervence:**

- zjistí úroveň soběstačnosti – sestra,
- motivuj, aktivizuj k soběstačnosti – sestra,
- zjistí stravovací návyky – sestra,
- uprav polohu pacienta při jídle – sestra, ošetřovatelka,
- zajisti jídelní stůl k lůžku – sestra, ošetřovatelka,
- dopomoz pacientovi při úpravě stravy - sestra, ošetřovatelka,

- zajisti tekutiny do dosahu pacienta – sestra, ošetřovatelka,
- sleduj BT – sestra,
- kontroluj a zapisuj množství stravy, které pacient skutečně snědl – sestra, ošetřovatelka,
- podávej ordinovanou dietu a všechna jídla, svačiny včas vzhledem k diabetu - sestra, ošetřovatelka,
- sleduj hladiny glykémie, hodnoty TK, stav kůže, sliznic – sestra.

Realizace:

- rozhovorem jsem zjistila stravovací návyky, objasnila způsob a možnosti stravování na lůžku,
- pacient sám neusedí, sedí s oporou s dolními končetinami v lůžku, jídlo a tekutiny jsou mu servírovány k lůžku,
- pacient jí sám, potřebuje však dopomoc při krájení, natírání např. chleba, rohlíku,
- vedena bilance tekutin, zapisováno množství stravy, které pacient sní,
- pacient má diabetes, tudíž se stravuje 6 x denně.

Hodnocení:

- pacient má zajištěnou potřebu v oblasti příjmu potravy,
- pacient byl schopen sám se najíst po zajištění polohy a po úpravě stravy,
- je však i nadále závislý na péči sestry,
- cíl byl splněn částečně, je třeba i nadále pokračovat v naplánovaných intervencích.

## **2. Deficit sebeděže v oblasti hygieny z důvodu levostranné plegie končetin projevující se neschopností umýt si jednotlivé části těla.**

Cíl:

- pacient dosáhne maximální míry soběstačnosti

- potřeba v oblasti hygieny je saturovaná

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- pacient se aktivně zapojuje do sebepečce v oblasti hygieny dle svých možností - po dobu hospitalizace,
- pacient verbalizuje po hygieně pocit čistoty, spokojenosti - po dobu hospitalizace,
- nemocný verbalizuje uspokojení potřeby - po dobu hospitalizace.

Intervence:

- zjistí úroveň soběstačnosti – sestra,
- pouč pacienta o způsobu provádění hygieny na lůžku – sestra, ošetřovatelka,
- připrav pomůcky k hygieně – sestra, ošetřovatelka,
- zajisti hygienickou péči 2 x d - sestra, ošetřovatelka,
- dbej na zvýšenou péči v oblasti genitálu, v oblasti konečníku – sestra, ošetřovatelka,
- zajisti hygienu po vyprázdnění – sestra, ošetřovatelka,
- myj vlasy 1 x týdně (dle potřeby i častěji) – sestra, ošetřovatelka,
- pečuj o dutinu ústní – sestra, ošetřovatelka.

Realizace:

- provedla jsem rozhovor o hygienických návycích pacienta a edukovalo ho způsobu provádění hygieny na oddělení,
- hygiena prováděna na lůžku 2x d v sedě s oporou zad – pacient si zvládne umýt sám obličej, ruce, hrudník a genitál, ostatní části těla sestra,
- pacient má zubní protézu, její čištění zajištěno sestrou, dutinu ústní si vyplachuje vodou nebo naředěným roztokem Chamomilla,
- prádlo měněno dle potřeby, nejméně však 2 x denně,

- mytí vlasů prováděno 1 x týdně na lůžku vhodném ke sprchování v koupelně.

Hodnocení:

- pacient má zajištěnou potřebu v oblasti hygieny,
- pacient verbalizuje pocit čistoty, spokojenosti,
- pacient je i nadále závislý na péči sestry,
- cíl byl splněn částečně, je třeba i nadále pokračovat v naplánovaných intervencích.

### **3. Deficit se péče v oblasti vyprazdňování z důvodu poruchy hybnosti projevující se neschopností dojít si na toaletu.**

Cíl:

- pacient dosáhne maximální míry soběstačnosti
- pacient má zajištěny vhodné podmínky pro potřebu vyprazdňování.

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- pacient se pravidelně vyprazdňuje (1xd, 1x za 2 dny) – po dobu hospitalizace.
- pacient má zajištěnou hygienu po vyprázdnění – po dobu hospitalizace.
- pacient nemá opruzeniny – po dobu hospitalizace.

Intervence:

- zjistí úroveň soběstačnosti – sestra,
- zajistí signalizační zařízení k dosahu pacienta – sestra, ošetřovatelka,
- zajistí podložní mísu ihned, jakmile o ni pacient žádá – sestra, ošetřovatelka,
- zajistí soukromí při vyprazdňování – sestra, ošetřovatelka,
- zajistí hygienu konečníku a rukou po vyprázdnění – sestra, ošetřovatelka.

Realizace:

- pacienta jsem poučila o nutnosti zazvonit na sestru ihned, jakmile ucítí potřebu vyprázdnit se, signalizační zařízení dáno na dosah ruky pacienta,
- 1 x za 2 – 3 dny podkládána podložní mísa,
- po vyprázdnění provedena očista , jak konečníku, tak rukou pacienta.

Hodnocení:

- pacient se vyprazdňuje na mísu 1 x za 3 dny,
- cíl byl splněn částečně, vhodné je pokračovat v naplánovaných intervencích.

#### **4. Strach v souvislosti s prognózou a následky onemocnění projevující se verbalizací pacienta, nervozitou, chvěním, výrazem v obličeji.**

Cíl:

- zmírnění strachu

Priorita:

- střední

Výsledná kritéria:

- pacient chápe příčinu strachu – po dobu hospitalizace,
- pacient zná techniky zvládnání strachu – po dobu hospitalizace,
- pacient umí diskutovat o strachu – po dobu hospitalizace,

Intervence:

- zjistí příčinu obav – sestra,
- získej si pacientovu důvěru, udělej si čas na rozhovor s pacientem, naslouchej mu, povzbuzuj ho, dávej prostor pro případné dotazy – sestra,
- podej dostatek informací v rámci své kompetence tak, aby jim pacient rozuměl – sestra,
- zajisti rozhovor s lékařem při nedostatečné informovanosti – sestra,
- odpoutej pacienta od zdroje strachu vhodnou relaxací – sestra,

- podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek, zaznamenávej do dokumentace – sestra.

Realizace:

- při rozhovoru jsem zjistila důvod jeho obav, pacient má pocit nejistoty z budoucnosti, že bude závislý na cizí pomoci,
- snažila jsem se odpoutat pacienta od jeho obav dechovým cvičením, odpoutáním pozornosti od problému navozením pozitivních představ,
- zajištěn rozhovor s lékařem, který pacientovi navrhl další možné způsoby léčení a následné péče po mozkové příhodě,
- na noc podány léky dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

- po rozhovoru s lékařem pacient verbalizuje zmírnění strachu,
- v noci spal, byl klidný,
- cíl byl splněn.

## **5. Riziko aspirace v souvislosti s poruchou funkce polykacího reflexu.**

Cíl:

- pacient nejeví známky aspirace.

Výsledná kritéria:

- u pacienta jsou odstraněny vyvolávající příčiny aspirace – po dobu hospitalizace,
- pacient je seznámen s technikami, které předcházejí aspiraci – po dobu hospitalizace,
- pacient při jídle nekašle, nedusí se – po dobu hospitalizace.

Intervence:

- zhodnot' možné riziko vzniku aspirace u pacienta – sestra,
- zajisti zvýšenou polohu při jídle – sestra, ošetřovatelka,

- umožni pacientovi dostatek času na jídlo, aby pomalu a důkladně kousal a polykal - sestra, ošetřovatelka,
- zjistí, jakou konzistenci jídlo pacient nejlépe toleruje – sestra,
- zahušťuj tekutiny, rozmělnuj léky k usnadnění jejich polykání – sestra, ošetřovatelka,
- zapoj do péče rodinu, informuj o příznacích aspirace a její prevence – sestra,
- při aspiraci použij odsávačku – sestra.

Realizace:

- před každým jídlem pacient posazován do zvýšené polohy,
- pacient i rodina edukováni o riziku aspirace a prevenci,
- zajištěna mletá strava, zatím vynechána příloha rýže,
- tekutiny jsou zahušťovány, léky drceny.

Hodnocení:

- pacient dobře toleruje mletou stravu, zakašlává se pouze při pití nezahuštěného nápoje, proto je nutné pokračovat v zahušťování,
- cíl splněn částečně, je nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

## **6. Riziko vzniku dekubitů z důvodu poruchy hybnosti**

Cíl:

- pacient nemá dekubity.

Výsledná kritéria:

- pacient má neporušenou, dostatečně prokrvenou, hydratovanou pokožku – po celou dobu hospitalizace,
- pacient nepocítuje bolest, svědění nebo jiné projevy na kůži – po celou dobu hospitalizace.

Intervence:



- zhodnot' stav kůže i stupeň rizika vzniku proleženin – sestra,
- pravidelně polohuj – co dvě hodiny a zaznamenávej do dokumentace – ošetřovatelka, sestra,
- informuj pacienta a jeho rodinu o nutnosti pravidelně měnit polohu – sestra,
- kontroluj denně kůži pacienta, především predilekční místa – sestra,
- zajisti antidekubitní pomůcky – sestra, ošetřovatelka,
- motivuj k soběstačnosti,
- sleduj příjem tekutin a stravu pacienta – sestra,
- prováděj častou výměnu osobního i ložního prádla, dbej na to aby lůžkoviny nebyly drsné a pacienta nikde netlačily – sestra.

#### Realizace:

- provedla jsem test rozšířené stupnice dle Nortonové, pacientovi hrozí riziko vzniku dekubitu a edukovala ho o nutnosti polohování a motivovala k aktivnímu polohování,
- zajištěno antidekubitární lůžko, antidekubitní pomůcky,
- polohování co 2 hodiny, při hygieně kontrolovány predilekční místa a stav pokožky, 2 x d aplikovány ochranné krémy – na hýždě, paty,
- pacientovi bylo měněno ložní prádlo 2x za den, osobní 1x za den nebo dle potřeby.

#### Hodnocení:

- pacient nemá dekubity, je pravidelně polohovaný, sám se přetočí na levý bok,
- přesto nutné pokračovat v naplánovaných intervencích.

## CELKOVÉ HODNOCENÍ

Pacient s diagnózou cévní mozkové příhody s levostrannou hemiplegií byl na oddělení následné péče Slavičín přeložen dne 2. 4. 2012 z Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně z oddělení neurologie.

Na našem oddělení mu byla zajištěna rehabilitace a to na lůžku, pacient useděl jen s oporou zad, snažil se rehabilitovat i sám, z lehu na zádech byl schopen přetočit se na levý bok pomocí úchopu za postranici. Nemocný byl schopen se sám najíst, částečně i provést hygienu, vyprazdňování se uskutečňovalo na podložní míse a močení do močové láhve, kterou měl na dosah pravé ruky. Pacient potřeboval péči sestry při všech denních aktivitách.

Nemocný měl potíže s komunikací vzhledem k afázii, kontakt sám nenavazoval, se spolupacienty nekomunikoval, zajištěn logoped. Pacient měl strach z budoucnosti, z prognózy, ze závislosti na péči druhých, občas měl skleslou náladu, cítil se sám, s rodinou se nestýkal a jeho přítelkyně je zaměstnaná, proto za ním nemohla chodit tak často, jak by pacient chtěl. Možná z toho důvodu jeho dobří přátelé získali kontakt na jeho děti a zprostředkovali tak setkání po více než 8 letech.

Pacient po celou dobu hospitalizace spolupracoval, snažil se o co největší samostatnost. Pokroky byly zřetelné, i když pro samotného pacienta velmi pomalé. Prognóza je nejistá, vzhledem k vůli pacienta může dojít ke zlepšení.

### **Doporučení pro praxi:**

- prevence onemocnění – zdravý životní styl, dostatek pohybové aktivity, vyvážený jídelníček, pravidelné preventivní prohlídky, vyhnout se nadváze, stresu.
- léčit diagnostikované onemocnění, minimalizovat rizikové faktory – hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu, diabetes, fibrilace síní
- pokud možno hospitalizace na iktových jednotkách, včasná rehabilitace, nácvik soběstačnosti.

**Doporučení pro osoby pečující o nemocného po CMP:** viz příloha č. I

## ZÁVĚR

Ischemická cévní mozková příhoda se v posledních letech stává relativně dobře léčitelným onemocněním, především při včasném zahájení specifické léčby. Z těchto důvodů je nezbytně nutné co nejrychlejší odeslání pacienta s akutními neurologickými příznaky do nemocnice k neurologickému vyšetření, provedení CT mozku a hospitalizaci na iktové jednotce.

Akutní léčba patří do rukou specializovaného týmu odborníků v rámci iktové jednotky či iktového týmu. K optimalizaci následné péče vznikají v současnosti specializované cerebrovaskulární poradny, jejichž úkolem je léčba následků CMP a výběr nejvhodnější sekundárně preventivní terapie.

Pomocí metody ošetřovatelského procesu zjišťujeme aktuální a potencionální problémy nemocného, aby měl zajištěnou kvalitní ošetřovatelskou péči. Při vypracování ošetřovatelského procesu jsem stanovila 12 aktuálních a 5 potencionálních diagnóz a vypracovala 4 aktuálních a 2 potencionálních po dobu tří dnů. Pro nedostatek času při realizaci se mi nepodařilo úplně odstranit problémy nemocného, byly splněny částečně, proto je nutné i nadále pokračovat v naplánovaných ošetřovatelských intervencích.

Cílem bakalářské práce bylo seznámení s problematikou cévní mozkové příhody a vypracovat ošetřovatelský proces u tohoto onemocnění. Oba vytyčené cíle byly splněny.

## BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

1. ABRAHAM, P. *Rodinná encyklopedie zdraví*. 1.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2006. 256 s. ISBN 80-7360-296-2.
2. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 341 s. ISBN 80-7262-433-4.
3. BAUER, J. Cévní onemocnění mozku. In HOUDEK, L.(ed.) *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 351 s. ISBN 80-7262-160-2.
4. BAUER, J. Trendy a perspektivy v managementu akutní cévní mozkové příhody. *Medicína po promoci*, 2011, roč. 12, č. 4, s. 4 - 9, ISSN 1212-9445.
5. Cévní mozková příhoda: Rizikové faktory. *Cerebrovaskulární ambulance* [online]. [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>
6. Cévní mozková příhoda. *Cerebrovaskulární sekce české neurologické společnosti JEP* [online]. [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://www.mozkovaprihoda.cz/jnp/cz/index.html>
7. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Mikadapress, 2006. 341 s. ISBN 80-7013-443-7.
8. ČEŠKA, R. Úvodní slovo. *Medicína po promoci*, 2011, roč. 12, č. 4, s. 3, ISSN 1212-9445.
9. FEIGEN, V. *Cévní mozková příhoda, prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 207 s. ISBN 978-80-726-428-7.
10. FROŇKOVÁ, M; MIKŠOVÁ, Z; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
11. GOLDEMUNT, D; MIKULÍK, R; REIF, M. *Trombolitická terapie mozkového infarktu* [online]. Brno, 2008 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: [http://www.cmp-brno.cz/pdf\\_soubory/Trombolyticka\\_terapie\\_mozkoveho\\_infarktu.pdf](http://www.cmp-brno.cz/pdf_soubory/Trombolyticka_terapie_mozkoveho_infarktu.pdf)
12. HASTINGSOVÁ, D. *Domácí sestřička, péče o nemocné doma*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2003. 221 s. ISBN 80-7176-452-3.

13. HERZIG, R. *Ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 2008, 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.
14. Ischemické CMP. *Medicus* [online]. 2012 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://med.emen.cz/ischemicke-cmp/>
15. LAURENČÍKOVÁ, E. Ošetrovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 2, s. 66-67. ISSN 1801 -1349.
16. LUKAVSKÁ, J; MALINOVÁ, Š. Subarachnoidální krvácení z aneuryzmatu a arteriovenózních malformací. *Florence: Časopis moderního ošetrovatelství* [online]. 2009, roč. V, č. 4 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/osetrovatelstvi/recenzovane-clanky/subarachnoidalni-krvaceni-z-aneuryzmatu-a-arteriovenoznich-malformaci-praxe>
17. MZ zveřejnilo síť center pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. In: *ZDN.CZ* [online]. 2010 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/mz-zverejnilo-sit-center-pro-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou-452957>
18. NĚMCOVÁ, J; MAURITZOVÁ, I. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea, 2011. 84 s. ISBN 978-80-902876-8-6.
19. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 199 s. ISBN 80-247-0592-3.
20. ROPPER, A; BROWN, R. *Principles of neurology*. The McGraw – Hill Companies, 2005. s. 1318. ISBN 0-07-146971-0.
21. SYSEL, D; BELEJOVÁ, H; MASÁR, O. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU, 2012. 279 s. ISBN 978-80-7399-289-7.
22. ŠAFRÁNKOVÁ, A; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
23. TYRLÍKOVÁ, I. *Neurologie pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690:2.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha I – Péče o nemocného s poruchou hybnosti v domácím prostředí, základní postupy ošetrovatelské péče

Příloha II – Hodnocení pacienta po CMP - Rankinova modifikovaná škála

Příloha III – Komplexní cerebrovaskulární centra a iktová centra

Příloha IV – Žádost o umožnění sběru informací o pacientovi

**PŘÍLOHA I: PÉČE O NEMOCNÉHO S PORUCHOU HYBNOSTI  
V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ, ZÁKLADNÍ POSTUPY  
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**PÉČE O NEMOCNÉHO S PORUCHOU HYBNOSTI  
V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ,  
ZÁKLADNÍ POSTUPY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Barbora Vaculčíková, DiS.

Praha 2012



# **PÉČE O PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ**

Z hlediska nemocného není nad domov. Většina z nich je mnohem šťastnější, jsou-li ošetřováni v rodinném kruhu lidmi, kterým důvěřují. Ovšem pro toho, kdo se o nemocného stará, to může být velmi náročné. Musí si totiž uvědomit vlastní schopnosti a potřeby, jak ovlivní péče o nemocného ostatní členy rodiny a je důležité vědět, čemu dává přednost sám pacient. Je vhodné promluvit si s lékařem nebo sestrou – ti pomohou rozptýlit případné obavy a vy a vaše rodina lépe pochopíte, co péče o nemocného obnáší. Dlouhodobá péče o nemocného je těžký úkol a vyžaduje výdrž, proto se musíte starat i o vlastní zdraví. Velmi snadno se stane, že se necháte unést potřebami nemocného až zapomenete na svoje vlastní. Důležité je zůstat ve styku s přáteli, věnovat se svým zálibám a koníčkům, pokud můžete.

Významnou část domácí péče tvoří pomoc nemocnému k co největší nezávislosti. Péče o nemocného vyvolává pokušení, dělat za něj co nejvíc. Je například často rychlejší obléci člověka, který má po mozkové mrtvici sníženou pohyblivost rukou a prstů. Bude to sice trvat déle, když mu poskytnete jen nejnutnější pomoc, ale z dlouhodobého hlediska umožníte pacientovi naučit se oblékat bez cizí pomoci.

## **POKOJ NEMOCNÉHO**

Péče o nemocného vyžaduje určitou reorganizaci bytu. Důležitý je výběr místnosti (ten by měl být v blízkosti koupelny a WC) a uspořádání nábytku. Vhodné je odsunout postel od stěny a mít tak přístup po obou stranách. Součástí postele by měly být postranice, které zabraňují pádu pacienta z lůžka a navíc ulehčí práci při manipulaci s nemocným a při jeho otáčení bez pomoci další osoby. Velmi užitečným pomocníkem je také servírovací stolek do postele, využitelný při jídle a také při psaní nebo při mytí na lůžku – dá se na něj položit umyvadlo.

## **STLANÍ**

Měňte povlečení často, může se stát zdrojem infekce. Nejlépe je mít vše pratelné. Připravte si předem vše, co budete potřebovat. Jestliže pacient používá mísu nebo pleny potřebuje matrace a prostěradlo nepromokavou podložkou, která se dá zasunout pod matraci a na ni se dá látková podložka. Měla by být umístěna pod hýždě nemocného.

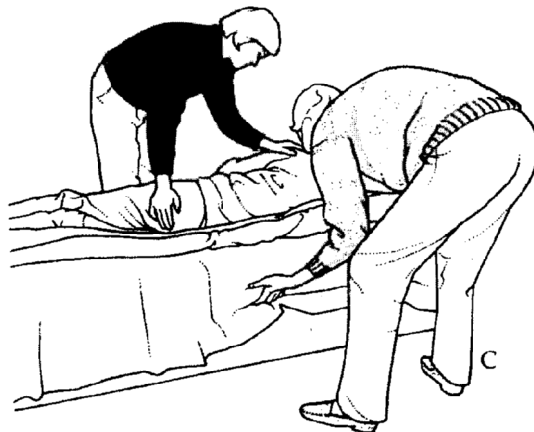
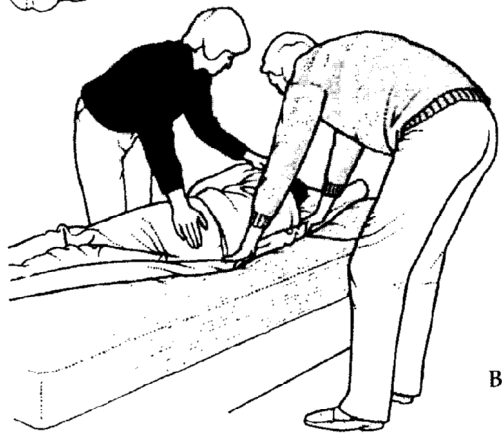
### **Stlaní lůžka s pacientem a s pomocí druhé osoby**

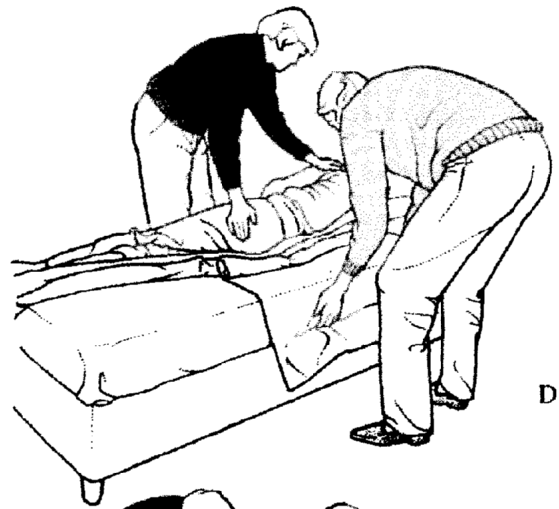
Stlaní obsazeného lůžka vyžaduje mnohem více plánování než úprava postele volné. Stlát postel s nemocným je totiž mnohem těžší a namáhavější. Takže je-li to možné, přemístěte si pacienta do pohodlného křesla. Mnohem jednodušeji se postel stele ve dvou.

Připravte si:

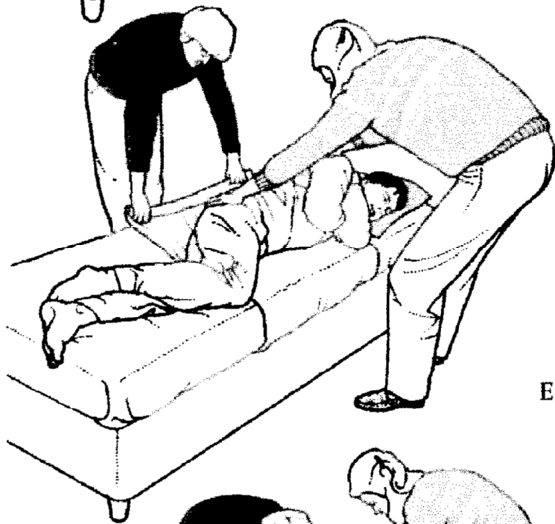
- čisté povlečení
  - koš nebo igelitový pytel na špinavé prádlo a je-li potřeba zvláštní igelitový pytel na silně znečištěné prádlo
1. Uvolněte všechny lůžkoviny zasunuté pod matrací.
  2. Jistěte nemocného, protože leží blízko okraje lůžka, pokud má postel postranice, vždy si je z jedné strany, u které právě pracujete, sundejte.
  3. Pacienta otočte na bok k jedné straně postele, znečištěné prostěradlo nebo podložku stočte ke středu, nejlépe pod bok pacienta.
  4. Těsně k zavínutému špinavému prostěradlu položte čisté prostěradlo o délce srolované na polovinu. Zastrčte je pod matraci a složte rohy. Pokud používáte nepromokavou podložku, dáme ji na prostěradlo a složíme také ke středu. Při výměně podložky položte čistou a napůl srolovanou těsně vedle srolovaného prádla a zastrčte ji pod matraci.
  5. Nyní překulte nemocného přes zavínuté lůžkoviny na druhou stranu.
  6. Vytáhněte a odneste špinavé prádlo. Napněte povlak matrace. Pokud je prostěradlo čisté a nehodláte je měnit, napněte je a složte pod matraci. Někdy stačí jen vyměnit podložku. Ujistěte se, aby v lůžku nezůstaly drobečky a jiné nečistoty.

7. Přetočte pacienta zpátky na záda a uložte ho do pohodlné polohy. Při druhém pomocníkovi a pokud je pacient nepohyblivý, je dobrým pomocníkem také ještě další podložka pod pacienta, nezastrčená pod matraci, s kterou se dá nemocný dobře polohovat při uchopení za oba rohy polohovací podložky můžete nemocného člověka posunout výš, pokud leží na zádech nebo výš a na bok.
8. Pokud je potřeba převlečte polštář a přikrývku, na závěr si umyjte ruce.

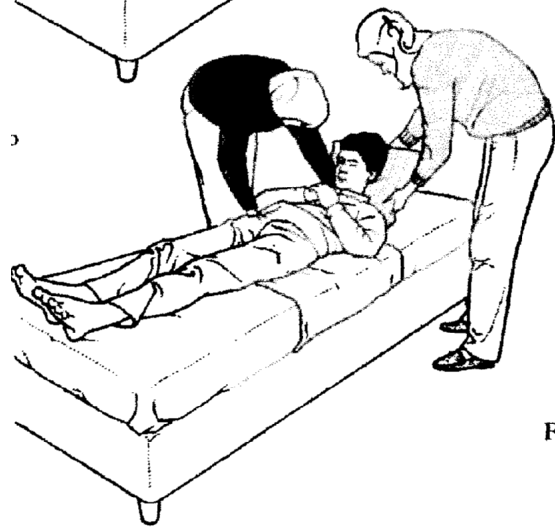




D



E



F

## Stlaní lůžka s pacientem – bez pomocníka

Je možné ustlat postel i bez pomoci, ale vyžaduje to jistou předvídavost a plán postupu. Ujistěte se, že nemocný nemůže během stlaní z lůžka spadnout.

Postup je stejný jako při pomoci druhé osoby, s tím rozdílem, že, přecházíte po úpravě na jedné straně na stranu druhou (obr. D, E).



## **POLOHOVÁNÍ NEMOCNÉHO**

Pokud je pacient zcela nepohyblivý, je důležité pravidelné polohování, nejlépe co 2 hodiny, jako prevence proleženin (dekubitů). Střídáme polohy – z polohy na zádech přetáčíme pacienta na levý nebo pravý bok a opačně. Sledujeme predilekční místa (tam, kde se nejčastěji dekubity tvoří) – hýždě, paty, hřebeny lopatek, loketní klouby, ramenní kloub, hřebeny kosti kyčelní, oblast mezi kolena také zevní strany, oblast kotníků, kosti lící, ucho. Pokud se tyto místa neuvolní, dostatečně se neprokrvují a buňky v pokožce odumírají. Kůže nejdříve zčervená, potom se v ní udělá malé ložisko. Pokud se neléčí, zvětšuje se, až se vytvoří hluboký vřed. Proto je důležitá prevence. Bylo by vhodné použít antidekubitní pomůcky, jako jsou různé válce, polštáře, klíny, podložky pod paty, lokty. Určitě Vám poradí obvodní lékař nebo sestra. V lékárně také seženete různé ochranné krémy na pokožku. Proleženinám se dá předejít i důkladným stláním, napnutím prostěradla i podložky, ty musí být bez záhybů.

Nejlépe se polohuje pacient s pomocí druhé osoby, jak už bylo zmíněno v předešlém článku. Polohovací podložka se dá použít i při polohování bez pomocníka a to tak, že si pacienta přetočíte na bok a pánev podsunete přitáhnutím podložky k sobě. Také záleží na pohyblivosti pacienta, některý je schopný spolupráce a jiný je zcela nepohyblivý odkázaný na pomoc druhé osoby.

## **CELKOVÁ KOUPEL NA LŮŽKU**

Účelem je zajištění osobní hygieny, pocitu tělesné a psychické pohody, zajištění estetického vzhledu pacienta, prevence vzniku dekubitů, zlepšení a udržení funkce pokožky a také nácvik soběstačnosti. Celková koupel zahrnuje péči o chrup a dutinu ústní, o vlasy a nehty.

Připravte si:

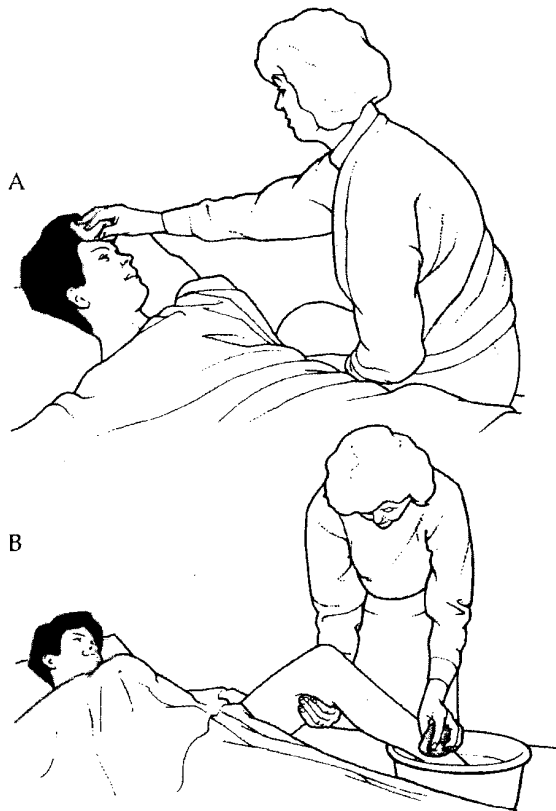
- ochranné rukavice,
- umyvadlo, stolek, na který umyvadlo umístím, popř. když se pacient bude mýt sám,
- mýdlo, jednorázové žínky (nebo žínku na obličej, žínku na tělo a také ručníky, jeden na obličej a druhý na tělo – prát při vysokých teplotách), krémy, masti,
- kartáček na zuby, pastu, kelímek na vodu, misku na vyplivování,

- ručník, hřeben, u mužů holící pomůcky, nůžky na nehty,
- nádobu na oplach genitálu, jednorázovou podložku,
- osobní a ložní prádlo,
- koš na špinavé prádlo, igelitový pytel na znečištěné prádlo nebo na pleny.
  1. Nejprve nemocnému vysvětlíte, co budete dělat.
  2. Připravte si pomůcky, umyvadlo s teplou vodou.
  3. Zavřete okna, dveře, zajistěte soukromí, dejte si ochranné rukavice.
  4. Odstraňte z lůžka deku, pomůcky a dejte je na přistavenou židli.
  5. Pokud pacient usedí na lůžku se spuštěnými nohama (dobrým pomocníkem je stoupátko pod nohy) a může se mýt sám, vy dopomůžete při mytí zad a dolní části těla. Nebo může se sedět na lůžku se zvýšenou podpěrou zad.
  6. Svlékněte pacientovi osobní prádlo, vždy tu část, kterou nemyjeme, zakrýváme.
  7. Omyjte čistou vodou, bez mýdla, obličej.
  8. Proveďte hygienu horní poloviny těla (pokud nemocný může, dejte mu do ruky žínku, ať zkusí mytí sám, podporujeme tím soběstačnost) a umyjte záda, usušte, popř. natřete krémem. Poté umyjeme genitál, můžete použít oplach na podložní míse.
  9. Můžete vyměnit vodu a pokračovat v mytí spodní části těla, při hygieně konečníku otočíme nemocného na bok. Důkladně ho osušte a oblečte.
  10. Učešte nemocného a vyčistěte mu uši.
  11. Proveďte hygienu dutiny ústní – dejte pod bradu ručník a pokud sám pacient nezvládne, vyčistěte zuby za něj, pokud má zubní protézu, vyčistěte pod tekoucí vodou a opláchněte a vložte ji pacientovi zpět do úst, pokud je to večer, tak ji dejte do nádoby k tomu určené a nalijte do ní vodu. Můžete celou dutinu ústní vytřít štětičkami napuštěnými v ústní vodě nebo v přípravku určenou pro hygienu dutiny ústní (Borglycerin, Chamommila, Šalvějová tinktura).

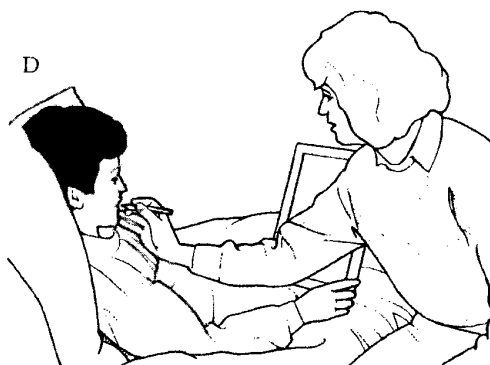
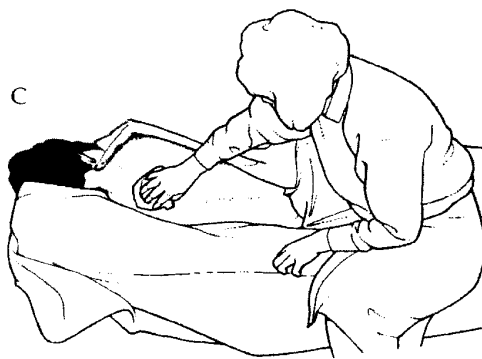
12. Natřete rty pomádou, aby nepopraskaly.

13. Před stříháním nehtů na nohou je dobré si nohy namočit do teplé vody, aby změkly a lépe se stříhaly. Stříhají se vždy rovně, pokud trpí nemocný cukrovkou nebo má nehty příliš tvrdé, zajistěte si raději pedikérku.

14. Ukliděte pomůcky, omyjte je a umyjte si ruce.







### **Mytí vlasů na lůžku**

Nejlepší variantou je koupání nebo sprchování v koupelně, existuje pojízdné křeslo vhodné pro tyto účely, je z plastu s otvory, z kterých voda vytéká. Pacient ale musí usedět sám, pokud neusedí, musí se provádět hygiena na lůžku a mytí vlasů také.

Připravte si:

- nízkou židli nebo stoličku,
- dva džbány s teplou vodou,
- šampon,
- kbelík na špinavou vodu,
- malou gumovou podložku,
- polštář v nepromokavém povlaku (igelit),
- ručníky,
- fén na vlasy, hřeben.

1. Zavřete okna.
2. Postavte židli nebo stoličku k hlavě postele.
3. Uložte pacienta pohodlně s hlavou blízko okraje lůžka. Podložte mu ramena polštářem zabaleným v igelitu tak aby měl hlavu níž než ramena.
4. Otočte pacientovi velký ručník kolem ramen.
5. Stočte gumovou podložku tak, aby vytvořila koryto, kterým bude špinavá voda do kbelíku. Jeden konec bude pod hlavou a druhý ve kbelíku.
6. Podejte nemocnému žínku, kterou si bude přidržovat na očích, aby mu do nich netekla voda, vetřete do vlasů šampon a masírujte kůži na hlavě a pak spláchněte čistou vodou ze džbánu. Mytí můžete ještě jednou opakovat.
7. Osušte vlasy ručníkem a zabalte mu do ní hlavu.
8. Nadzvedněte mu hlavu a stáhněte igelitovou nebo gumovou podložku do kbelíku, vytáhněte polštář, kterým měl pacient podepřená ramena a položte ho nemocnému pod hlavu, přikryjte ho ještě suchým ručníkem. Nahrad'te malý ručník na hlavě suchým a opět zabalte.
9. Ujistěte se, že je pacient v suchu a vlasy učešte a dosušte fénem.



## Holení

Pokud nemocný nemůže sám, budete ho muset holit sami. Je jednodušší použít elektrický holící strojek.

Připravte si:

- holící strojek,
- pěnu na holení,
- dva ručníky,
- papírové ubrousky,
- vodu na holení,
- misku s teplou vodou,

1. Zajistěte, aby byl nemocného obličej dobře osvětlen. Posad'te ho, pokud to jeho zdravotní stav dovolí.
2. Dejte mu pod bradu ručník a navlhčete v misce s teplou vodou, vyždímejte ho a přiložte pacientovi na několik minut na spodní část obličeje. Napářka mu zjemní strniště.
3. Dejte si na dlaně pěnu a naneste ji nemocnému na obličej.
4. Napněte mu kůži na obličej, abyste ho nepořezali, a holte dlouhými jemnými tahy směrem dolů.
5. Otřete holící strojek papírovým ubrouskem, opláchněte v teplé vodě a pokračujte v holení.
6. Položte pacientovi na tvář ručník, který měl na krku a jemnými poklepy mu obličej vysušte. Nakapejte si do dlaní vodu po holení a naneste ji na oholenou pleť.

## **VYLUČOVÁNÍ MOČI A STOLICE**

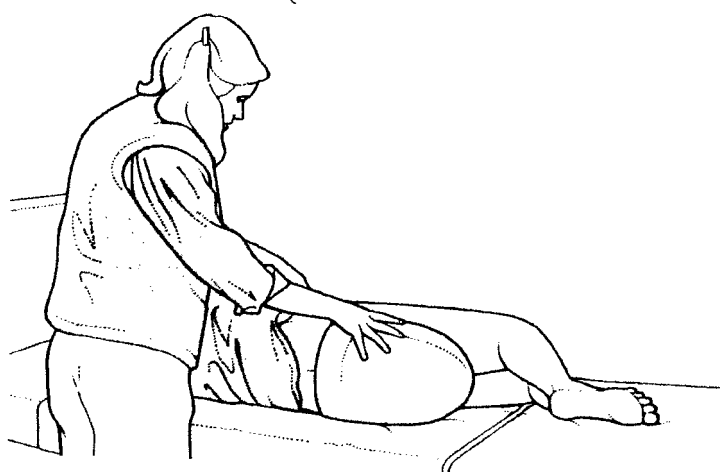
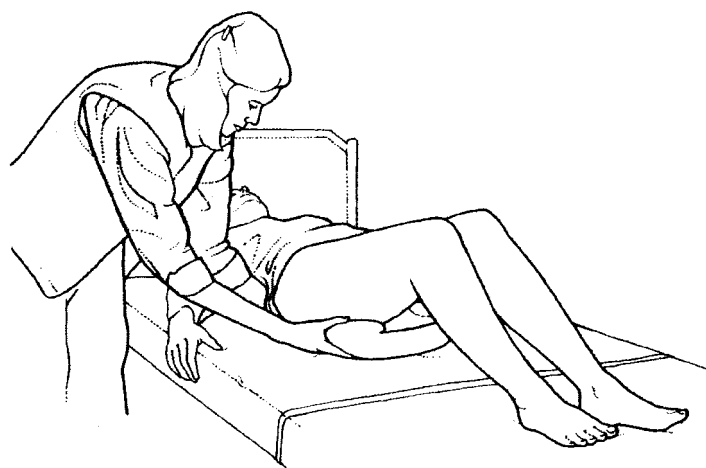
Pokud pacient nemůže vstát a nedojde si na záchod a není inkontinentní (neschopnost udržet moč i stolici), cítí jak vylučování moči, tak stolice, nebo močí do plen a cítí nucení na stolicí, může v něm vyprazdňování na lůžku vyvolávat napětí a obavy.

Člověku upoutanému na lůžko podáváme mísu nebo urinál, který je známý spíše pod názvem bažant. Ženy používají mísu při močení i při stolici, muži močí do urinálu.

Když vás nemocný požádá o mísu nebo urinál, vyhovte mu co nejdříve. Zajistěte mu soukromí.

### **Podkládání mísy**

- Pro pacienta je nejlepší, když si může na mísu sednout a opírat se zády o polštář.
- Je velmi důležité, abyste nemocného pořádně nadzvedli, když mu podkládáte mísu. Jinak byste ho mohli poranit na hýždích.
- Pohyblivější pacienti si lehnou na záda, pokrčí kolena a nadzvedávají bedra a vy můžete podsunou mísu (viz. obrázek).
- Bezmocného pacienta přetočte na bok a přiložte mu mísu k hýždím. Přidržujte ji a současně ho přetácejte zpátky na záda tak, aby se mísa neposunula (viz. obrázek).
- Po vyprázdnění pacienta přetočte na bok a dokonale utřete, používejte jednorázové rukavice.
- Možná vám bude zpočátku manipulace s mísou se stolicí nepříjemná. Zápach můžete výrazně zmenšit, když necháte v místnosti pevný osvěžovač vzduchu.
- Mísu a urinál vymyjte kartáčem s delší rukojetí nejlépe nějakým dezinfekčním prostředkem, kartáč pak vymáchejte taktéž v dezinfekčním roztoku. Vypláchněte a usušte.
- Umyjte si ruce, přineste nemocnému vodu, mýdlo a ručník, aby si také mohl opláchnout ruce.



Když to zdravotní stav dovolí, bude asi raději používat stolicí – židli opatřenou mísou, kterou lze vyjmout. Toto křeslo umožňuje pacientovi zaujmout při vyprazdňování přirozenější polohu.

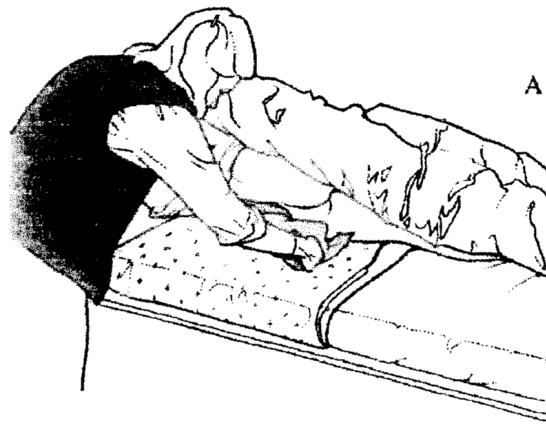
### **Výměna plen**

Připravte si:

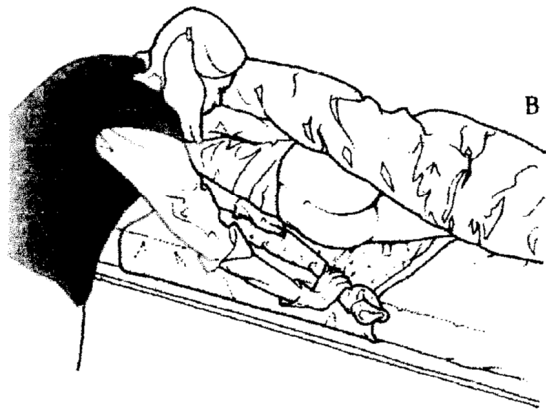
- čistou plenu,
- gumové jednorázové rukavice,
- umyvadlo s teplou vodou, mýdlo,
- papírové ubrousky, jednorázové žínky, ochrannou mast,
- pytel na špinavou plenu a koš na špinavé prádlo.

1. Nejprve nemocnému vysvětlete, co budete dělat.
2. Zavřete okno a zajistěte soukromí.

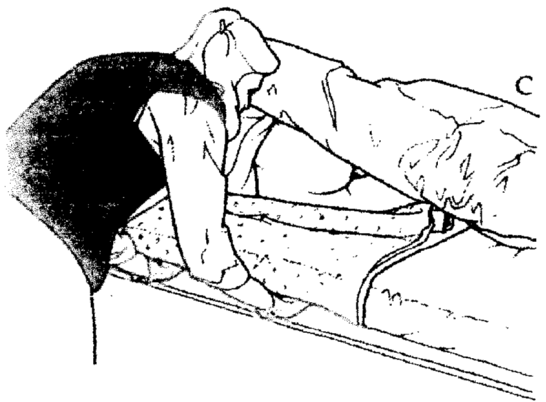
3. Navlékněte si gumové rukavice a odlepte lepení na pleni.
4. Otočte si pacienta na bok, pozor na pád z lůžka. Přeložte volný okraj pleny přes nečistotu a plenu vytáhněte a odložte do igelitového pytle. Pokud budete měnit i podložku, stočte ji do středu k pacientovi.
5. Umyjte pacientovi znečištěnou část těla papírovými utěrkami namočenými v teplé vodě s mýdlem. Pak důkladně osušte. Čistěte směrem od genitálií ke konečníku. Pokud je znečištění malé, můžete použít místo teplé vody čistící pěnu, která se dá koupit v lékárně.
6. Je-li třeba, namažte pacienta ochrannou masťou. Tyto krémy odolné proti vodě brání vzniku těžkých opruzenin.
7. Poté nemocného přetočte na druhou stranu, upravte plenu a dejte ho zpátky na záda a plenu zalepte.
8. Gumové rukavice vyhodte do igelitového pytle, umyjte si ruce a znovu otevřete okno.



A



B



C

## **CÉVKA (PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATETR)**

Někteří pacienti jsou propuštěni z nemocnice s cévkou, to jsou hadičky z měkkého plastiku, které lékař nebo sestra zavádí do močového měchýře. Malý nafukovací balónek je přidrží v močové trubici. Cévkou je napojena na vyměnitelnou sterilní hadičku, která vede do sběrného sáčku.

- Sběrný sáček se zavěsí na lůžko na speciální háčky buď železné nebo plastové.
- Hadíčka nesmí být zalomená nebo jinak neprůchodná, např. tak, že ji zasunete s prostěradlem pod matraci.
- Sběrný sáček pojme asi 1500 ml moči a musí být vyprazdňován aspoň jednou denně. Na spodní straně sáčku je umístěn kohout nebo záklopka.

Hlavním problémem lidí, kteří mají dlouhodobě zavedenou cévku, je *infekce*. Příznakem může být bolest břicha nebo tlak v podbřišku a zvýšená teplota. Infikovaná moč zapáchá a bývá zkalená. Informujte o tom lékaře, který by měl permanentní katétr pravidelně měnit.

### ***Prevence infekce:***

Při vyprazdňování a výměně sáčků buďte opatrní a dohlédněte na to, aby pacient přijímal hodně tekutin (alespoň 1,5 – 2 l), pokud to lékař z nějakého důvodu nezakáže.

### **Vyprazdňování sběrného sáčku**

Připravte si:

- čistý džbán nebo nádoba určená jen k tomuto účelu,
  - utěrku a malou misku s dezinfekčním roztokem,
  - jednorázové rukavice.
1. Dejte si rukavice, postavte si čistý džbán nebo nádobku pod sáček.
  2. otevřete kohoutek, popř. zmáčkněte záklopku a nechte všechnu moč vytéci do nádoby.
  3. Uzavřete kohoutek nebo záklopku.



4. Výpusť otřete utěrkou s dezinfekčním roztokem.
5. Obsah džbánu vylijte, umyjte pod tekoucí vodou a vydezinfikujte.
6. Umyjte ruce.

### **Výměna sběrného sáčku**

Sběrný sáček je třeba vyměňovat každé 2-3 dny.

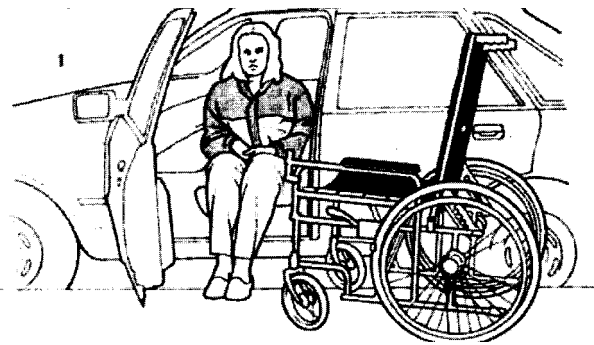
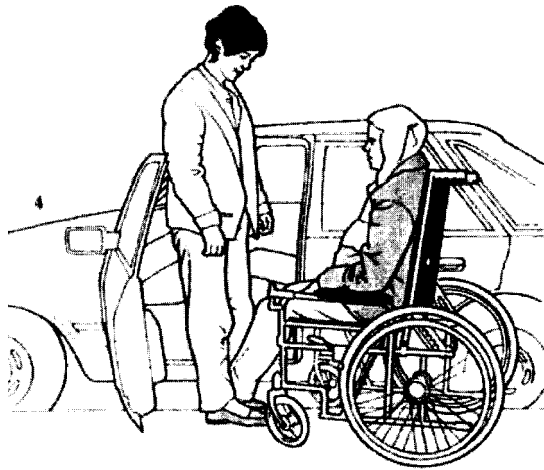
Připravte si:

- nový sběrný sáček,
  - rukavice, jednorázovou nepromokavou podložku,
  - pytel na odpadky.
1. Umyjte si ruce, dejte pod pacienta nepromokavou podložku.
  2. Zkontrolujte na novém sáčku, zda je záklopka zavřená.
  3. Cévku si můžete zasvorkovat, aby z ní nevytékala při výměně moč anebo ji budete jistit jednou rukou.
  4. Odpojte sběrný sáček z cévky a dejte ho do připraveného pytle.
  5. Cévku stále držte v ruce, vezměte novou hadičku se sběrným sáčkem a nasuňte ji na volný konec cévky, aniž byste se dotýkali obou konců.
  6. Pokud jste použili svorku, odsvorkujte a pověste sběrný sáček na bok postele nebo na stojánek či háčky.
  7. Zkontrolujte, zda cévka přetočená nebo zamotaná.
  8. Umyjte si ruce.

## **POMOC PACIENTOVI Z KOLEČKOVÉHO KŘESLA DO AUTA**

Díky pečlivé přípravě to zvládnete snadněji a bezpečněji.

- 1.** Postavte kolečkové křeslo vedle vozu těsně za sedadlo, na němž pacient bude sedět tak, že budete mít dost prostoru přemístit ho do auta. Zajistěte brzdy na vozíku, odstraňte podnožky a pomozte nemocnému posadit se na kraj sedadla s opřenými nohama o zem.
- 2.** Postavte se před něj s jednou nohou lehce nakročenou a s koleny proti jeho kolenům. Trochu skrčte nohy a požádejte pacienta, aby vám položil ruce kolem krku, pokud to lze. Vy mu položte ruce na záda.
- 3.** Narovnávejte se a stále udržujte svoje kolena před jeho. Když nemocného posazujete, musí se naklánět dopředu a opírat se o vás horní částí těla. Stále kontrolujte vlastními koleny pohyb jeho boků a kolen. Posad'te ho do auta dle obr.č.1, pak posuňte nohy a tělo směrem do auta.



## **SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

HASTINGSOVÁ, D. *Domácí sestřička, péče o nemocné doma*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 2003. 221 s. ISBN 80-7176-452-3.

## **PŘÍLOHA II: HODNOCENÍ PACIENTA PO CMP – modifikovaná Rankinova škála (mRS)**

- 0 bez symptomů
- 1 bez zřetelného omezení, zvládá veškeré denní aktivity
- 2 lehké omezení (není schopen zvládnout své předchozí aktivity, ale je zcela soběstačný bez cizí pomoci)
- 3 střední nemohoucnost (vyžaduje pomoc, ale je schopen chůze bez asistence)
- 4 střední až těžká nemohoucnost (není schopen zvládnout své tělesné potřeby včetně chůze bez asistence)
- 5 bezmocnost (upoután na lůžko, inkontinentní, vyžaduje trvalou péči)
- 6 smrt

*GOLDEMUNT, D; MIKULÍK, R; REIF, M. Trombolitická terapie mozkového infarktu [online]. Brno, 2008 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: [http://www.cmp-brno.cz/pdf\\_soubory/Trombolyticka\\_terapie\\_mozkoveho\\_infarktu.pdf](http://www.cmp-brno.cz/pdf_soubory/Trombolyticka_terapie_mozkoveho_infarktu.pdf)*

## **PŘÍLOHA III: KOMPLEXNÍ CEREBROVASKULÁRNÍ CENTRA A IKTOVÁ CETRA**

### CEREBROVASKULÁRNÍ CENTRA

Nemocnice Na Homolce Praha

Ústřední vojenská nemocnice Praha

Fakultní nemocnice u sv. Anny a Fakultní nemocnice Brno

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Fakultní nemocnice Plzeň

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o.z.

Fakultní nemocnice Ostrava

Fakultní nemocnice Olomouc

### IKTOVÁ CENTRA

Fakultní nemocnice Motol Praha

Všeobecná fakultní nemocnice Praha

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Praha - Fakultní Thomayerova nemocnice Praha,  
a to do doby dostavby nového iktového centra ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady

Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.

Nemocnice Jihlava, p.o.

Nemocnice Písek, a.s.

Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Teplice, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.

Karlovarská krajská nemocnice, a.s. - Nemocnice v Sokolově

Nemocnice Česká Lípa, a.s.

Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.

Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Litomyšlská nemocnice, a.s.

Městská nemocnice v Ostravě, p.o.

Vítkovická nemocnice, a.s.

Nemocnice Břeclav, p.o.

Nemocnice Vyškov, p.o.

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.

Karvinská hornická nemocnice, a.s.

Nemocnice Třinec, p.o.

*Zdroj: ministerstvo zdravotnictví*

*MZ zveřejnilo síť center pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. In: ZDN.CZ [online]. 2010 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/mz-zverejnilo-sit-center-pro-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou-452957>*

**PŘÍLOHA IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ O  
PACIENTOVI**



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

**Vyplňuje žadatel:**

**Jméno a příjmení žadatele:** Barbora Vaculčíková

**Datum narození:** 13. 5. 1979

**Tel:** 721 048 218

**Adresa:** ul. Dlouhá 853, Valašské Klobouky, 766 01

**Škola/Fakulta:** Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Duškova 7, Praha 5, 150 00

**Obor studia:** ošetrovatelství všeobecná sestra

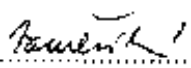
**Stupeň kvalifikace:** bakalář

**Téma bakalářské práce:** Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou

**Pracoviště, kde bude sběr probíhat:** Nemocnice Slavičín, odd. následné péče I

Žádám o umožnění sběru informací o sledně pacienta a jeho zdravotního stavu na oddělení následné péče v nemocnici Slavičín. Informace budou použity pouze za účelem vypracování bakalářské práce. Závazuji se, že osobní údaje pacienta nebudou nijak zneužity.

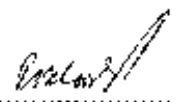
**Datum:** 8. 4. 2012

**Podpis:** 

**Vyplňuje nemocnice:**

Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance:  ANO  NE

**Datum:** 20. 4. 2012

**Podpis:** 

82	MĚSTSKÁ NEMOCNICE SLAVIČÍN KOMENSKÉHO
052	75521 SLAVIČÍN, IČO: 7511512 10
000	ÚČETNÍ: TOUBELNÁ ŠARLENE PÉČE Prim. MUDr. Pa. KOUŠKY LIBON