

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,

Praha 5

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA
PO TROMBOLÝZE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE VAŠINOVÁ

Praha 2012

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

**EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA PO
TROMBOLÝZE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LUCIE VAŠINOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Alena Ostřanská

Praha 2012

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.5.2012

.....
Lucie Vašinová, Dis.

ABSTRAKT

VAŠINOVÁ, Lucie. *Edukační proces u pacienta po trombolýze*. (Bakalářská práce). Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Alena Ostřanská, Praha 2012.

Hlavním tématem bakalářské práce je edukace pacienta po trombolýze. Teoretická část práce charakterizuje definici ischemické cévní mozkové příhody, rizikové faktory a prevence, klinický obraz, diagnózu a léčbu. Všeobecná sestra se nestará o pacienta pouze v nemocnici, ale také by měla myslet na to, co bude, až pacient nemocnici opustí. Nosnou částí práce je edukace pacienta ve specifikovaném edukačním procesu. Edukační proces, jako součást ošetrovatelského procesu, navazuje na edukaci v průběhu léčby. Po trombolýze je cílem edukace upevnování správných zásad životního stylu, aby se u pacienta snížilo riziko opakovaného vzniku cévní mozkové příhody.

Klíčová slova

Edukační proces. Pacient. Cévní mozková příhoda. Trombolýza.

ABSTRAKT

VAŠINOVÁ, Lucie. *Educational process of a Trombolysis patient*. (Bachelor Thesis). College of Health, o.p.s. qualification degree Bachelor /Bc./ Leader of Thesis: Mgr. Alena Ostránská, Prague 2012.

The main theme of the Bachelor Thesis is the educational process of a Trombolysis patient. The theoretical part of the Thesis characterises the definition of the ischemic stroke, risk factors and prevention, clinical picture, diagnosis, treatment and also nursing of patients after ischemic stroke. General Nurse doesn't only take care of a patient in the hospital, but also should bear in mind what happens after the patient is discharged from the hospital. The major part of the Thesis is an education of a patient in a specified educational process, which has been described in the practical part of The Bachelors Thesis. An educational process as a part of nursing process builds on education in the process of a treatment. The aim of an education after Trombolysis treatment is consolidation of right principles of patient's lifestyle to minimise the risk of repeated stroke.

Keywords.

Educational process, Patient, Stroke, Trombolysis, Nursing

PŘEDMLUVA

Zdraví nastávající generace je prioritou každé společnosti. Existuje množství publikací, které poukazují na problematiku cévní mozkové příhody a následné podání trombolýzy při udržování zdravého životního stylu.

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam edukační práce všeobecné sestry v péči o pacienta po podání trombolýzy při ischemické cévní mozkové příhodě, jako významného nástroje kvality péče. Považujeme za důležité poukázat na skutečnost, že edukační proces by neměl být procesem náhodným, ale cílevědomým a plánovitým.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru všeobecné sestry a mým zaměstnáním na neurologické klinice na jednotce intenzivní péče v Brně. Podklady pro práci jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých pramenů, z webových stránek, a také ze zkušeností z mého zaměstnání ve zdravotnictví.

Práce je určena studentům všeobecné sestry a stejně v ní mohou najít podnětné rady všeobecné sestry z praxe, které pracují na neurologických klinikách.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Aleně Ostřanské za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 DEFINICE CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY.....	14
1.1 Epidemiologie.....	14
1.2 Rizikové faktory.....	15
1.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné.....	15
1.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné.....	15
1.3 Klinický obraz.....	17
1.4 Diagnostika.....	18
1.5 Léčba.....	19
1.5.1 Cíle léčby.....	19
1.5.2 Léčba ischemické formy.....	19
1.5.3 Léčba hemoragické formy.....	21
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S CMP NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE.....	22
2.1 Příjem pacienta na jednotce intenzivní péče s indikací k trombolýze.....	22
2.2 Bezprostřední příprava pacienta k trombolýze.....	23
2.3 Ošetrovatelská péče během podávání trombolýzy.....	23
2.4 Ošetrovatelská péče po podání trombolýzy.....	23
2.4.1 Péče o dýchací cesty.....	23
2.4.2 Péče o polohování.....	24
2.4.3 Péče o výživu a příjem tekutin.....	25
2.4.4 Péče o vyprazdňování.....	25
2.4.5 Péče o komunikaci.....	25
2.4.6 Péče o psychiku.....	26
3 EDUKAČNÍ PROCES.....	27
3.1 Vymezení základních pojmů v edukaci.....	27
3.2 Požadavky na sestru v roli edukátorky.....	28
3.3 Fáze edukačního procesu.....	29
3.4 Cíle edukace.....	29

3.4.1 Kongnitivní oblast.....	30
3.4.2 Psychomotorická oblast.....	31
3.4.3 Afektivní oblast.....	31
3.5 Faktory ovlivňující edukaci.....	32
3.6 Zásady správné edukace.....	33
4 EDUKAČNÍ PLÁN U PACIENTA PO TROMBOLÝZE.....	35
4.1 Posuzování.....	35
4.2 Edukační diagnóza.....	39
4.3 Plánování.....	39
4.4 Realizace.....	40
4.5 Vyhodnocení.....	51
4.6 Návrhy a doporučení pro praxi.....	52
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
PŘÍLOHY.....	57

SEZNAM ZKRATEK

BIOCH	biochemie
BMI	body mass index
CT	počítačová tomografie
DM	diabetes mellitus
EEG	elektroencefalografie
EJ	edukační jednotka
EKG	elektrokardiograf
FF	fyziologické funkce
FNUSA	Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
HbSAg	australský antigen
HDL	“prospěšný“ cholesterol
i.v.	intravenózně
INR	protrombinový čas
IVT	intravenózní trombolýza
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
KS	krevní skupina
LDL	“škodlivý“ cholesterol
MR	magnetická resonance
NIHSS	standard pro podání systémové trombolýzy pacientům s akutním mozkovým infarktem
per os	ústy
PMK	permanentní močový katétr
RF	rizikové faktory
RTG	rentgen
SAH	subarachnoidální krvácení
TK	krevní tlak

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aneurysma - výduť na srdci

Antiedematózní léčba – léčba proti otokům

Antihypertenziva – léky proti vysokému tlaku

Antikoagulancia - léky podávané proti srážení krve

Arteria basilaris – basilární tepna

Aseptický – zbavený choroboplodných zárodků

Ataka – záchvat

Ateroskleróza - koronární tepen

Cirhóza – zatvrdnutí orgánu

Cor pulmonale – chorobné zvětšení pravé srdeční komory, plicní srdce

Cyanóza – modrofialové zbarvení kůže a sliznic způsobené nedostatečným okysličováním krve

Deficit – ztráta, nedostatek

Diabetes mellitus – úplavice cukrová

Diastolický TK – dolní hranice krevního tlaku

Diatéza – vrozená dispozice k určitým chorobám

Dyslipidemie – porucha hladiny tuků v krvi

Edém - otok

Embolie - ucpání cévy v důsledku zanesení pohyblivého vmetku krví na místo zúžení cévy

Endokarditida – zánět nitroblány srdeční

Enterální - střevní

Flebotrombóza - zánět hlubokých žil

Gastroduodenum – žaludek a dvanáctník

Glycidový metabolismus – metabolismus cukru

Hematokrit – podíl erytrocytů na celkový objem krve

Hematom - modřina

Hemoglobin – červené krevní barvivo

Hemokoagulace - srážení krve způsobené postupnou aktivací srážecích neboli koagulačních faktorů

Hemoragie - krvácení

Hepatitida – zánět jater

Hypercholesterolemie – nadměrné množství cholesterolu v krvi

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Iktus – cévní mozková příhoda (náhle se rozvíjející)

Imobilní - nehybný

Inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolici

Intrakraniální tlak – nitrolební tlak

Intraspinální – uvnitř míšního kanálu

Inzulínová rezistence – efekt inzulínu v cílových tkáních je snížen

Ischemie – místní nedokrvenost tkání nebo orgánů

Kardiovaskulární – týkající se srdce a cév

Koagulace – srážení krve

Karotida - krční tepna

Kognitivní – poznávací

Lipoprotein – bílkovina

Medikace – léčení pomocí léků

Myokard – srdeční svalovina

Oxygenoterapie – léčba kyslíkem

Pankreatitida – zánět slinivky břišní

Parenterální – mimo trávící tlak

Perikarditida – zánět osrdečníku

Polycytemie – patologický stav, kdy počet cirkulujících červených krvinek se zvýší

Portální hypertenze – vysoký tlak krve v žilním systému jater

Profylaxe – konkrétní ochrana před nemocí

Rekanalizace – obnovení průchodnosti tepny

Retinopatie – zánětlivé onemocnění sítnice

Reverzibilní - vratný

Reziduum – zbytek, zůstatek

Saturace – nasycení krve kyslíkem

Subarachnoidální – pod pavoučnicí

Symptomatický – příznakový

Systolický TK- horní hranice krevního tlaku

Tromboplastinový čas – koagulační faktor

Tumor - nádor

Varix – křečová žíla

Vazodilatační léčba – rozšíření cév

vena jugularis – žíla na krku

vena subclavia – podklíčková žíla

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala pacienty po trombolýze s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Trombolýza je výkon, který se provádí u akutní ischemické cévní mozkové příhody, ale také např. u infarktu myokardu nebo plicní embolie. Pracuji v iktovém centru na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, kde se denně setkávám s pacienty, kterým trombolýzu provádíme z důvodu ischemické cévní mozkové příhody. Toto onemocnění představuje velkou zátěž pro rodinu i pro zdravotníky. Míra vlivu zátěže onemocnění na psychiku jedince se odvíjí od jeho osobnosti a postoje ke zdraví. Důležitá je podpora rodiny a také odborná pomoc psychologa.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je první kapitola věnována onemocnění, rizikovým faktorům a prevenci, klinickému obrazu, diagnostice a léčbě. Druhá kapitola se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty s touto problematikou a třetí část je věnována charakteristice edukačního procesu. Praktická část obsahuje edukační plán u pacienta pro trombolýzu, obsahující informace o cévní mozkové příhodě, léčbě trombolýzou, prevenci rizikových faktorů a následné dispenzarizaci pacienta po podání trombolýzy. Součástí bakalářské práce je edukační leták.

Cílem této práce je edukovat pacienta po trombolýze na základě položených otázek pacientovi formou vstupního testu. Pacient bude mít vědomosti týkající se problematiky. Po vyhodnocení a následné edukaci bude proveden výstupní test, který srovnávám se vstupním testem.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry a bakalářky ošetrovatelství, edukace může pomoci pacientovi lépe se na výkon připravit. Pomůže k obeznámení základních informací o této problematice. Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče.

1 DEFINICE CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Cévní onemocnění mozku označuje skupinu chorob, projevující se postižením normální funkce mozku a jsou způsobeny poruchou v jeho krevním zásobení. Postižení mozku může být jak drobné a krátkodobé, bez zjistitelných změn v mozkové tkáni, tak velmi těžké a trvalé, spojené s rozsáhlým poškozením mozku. Porucha v krevním zásobení mozku může být způsobena poškozením cév zásobujících nitrolebí i mimo ně, nebo onemocněním srdce, jinou poruchou krevního oběhu nebo některými hematologickými poruchami. Příčiny se mohou vzájemně kombinovat.

CMP rozdělujeme do dvou základních skupin: na ischemické mozkové příhody a mozková krvácení. Ischemické tvoří přibližně 75% a hemorragie 25% (Tyrliková a kol. 2008).

Dále onemocnění rozdělujeme podle průběhu:

1. *Tranzistorní ischemická ataka (TIA)*: Tranzistorní ischemická ataka je charakterizována náhlým vznikem ložiskových příznaků v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví, mizí do 24 hodin bez reziduí. TIA je varovným příznakem hrozícího iktu (Seidl, 2008).

2. *Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND)*: Reverzibilní ischemický neurologický deficit se upravuje déle než 24 hodin, zdravotní stav se upraví a pacient je zcela bez následků.

3. *Progredující iktus*: Progredující iktus se neukončí do 24 hodin a dále se rozvíjí.

4. *Dokončený iktus*: Dokončený iktus je trvalý a nenávratný (<http://www.wikiskripta.cz>).

1. 1 Epidemiologie

- Tvoří 80% všech onemocnění
- Je to třetí největší příčina úmrtí hned po kardiovaskulárním onemocnění a rakovině
- Ve světě vznikne každých 45 sekund jedna cmp
- Vede k celosvětovému postižení (Bhardwaj, Mirksi, 2011)

1. 2 Rizikové faktory

Rizikové faktory cévní mozkové příhody, podobné kardiovaskulárním onemocněním, mohou být klasifikovány jako ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi hlavní neovlivnitelné faktory patří věk, pohlaví, genetika, rasa nebo meteorologické faktory a mezi hlavní ovlivnitelné faktory patří vysoký krevní tlak, srdeční onemocnění, ateroskleróza, diabetes mellitus, dyslipidémie, obezita, alkohol, kouření či hormonální antikoncepce (Miller, Ferro 2011).

1.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné

- *Věk* - byla prokázána logaritmická závislost výskytu mortality cévní mozkové příhody na věku.
- *Pohlaví* - Výskyt iktů je především v nižším věku častěji u mužů než u žen (v poměru 1,3:1). S rostoucím věkem se tento rozdíl srovnává.
- *Genetika* – z genetických vlivů se uplatňuje výskyt některých z rizikových faktorů, jako např. familiární hypercholesterolemie nebo sklon k výskytu diabetes mellitus. Od těchto vlivů genetických je nutno odlišit působení rodinných faktorů návykového charakteru, jako jsou např. dietní zvyky a životní styl.
- *Rasa* – vliv rasy se v České republice dosud neprojevuje, ale může tak tomu být do budoucna v souvislosti s rostoucí imigrací. Například v USA byl popsán častější výskyt cévní mozkové příhody u černochů než u bělochů.
- *Meteorologické faktory* – v některých studiích byla zjištěna korelace mezi výskytem cévní mozkové příhody a nízkými teplotami, ale také poklesem atmosférického tlaku nebo kombinací vzestupu teplot nad 40°C. Významnější než vlastní hodnota meteorologických faktorů se ale zdá být rychlost jejich změny (Herzing, 2008).

1.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné

- *Vysoký krevní tlak*
- *Srdeční onemocnění* - kardiální dekompenzace z nejrůznějších příčin, infarkt myokardu, i chlopenní vady, cor pulmonale a další typy kardiálního postižení
- *Ateroskleróza* - závisí na lokalitě a rozsahu změn, které podmiňuje

- *Diabetes mellitus* – ukazuje se, že porucha glycidového metabolismu (patologický orální glukosový toleranční test, inzulinová rezistence) je větším rizikem pro vznik cévního onemocnění mozku než pro onemocnění srdeční
- *Dyslipidemie* – při hodnocení role dyslipidemie jako RF rozvoje aterosklerózy, a takto sekundárně i ischemického iktu, si musíme všimnout nejen hladiny celkového cholesterolu, ale i zastoupení jednotlivých frakcí lipoproteinů. Rizikovým faktorem se tak stává vzestup poměru LDL-cholesterol: HDL-cholesterol, a to při normální hladině celkového cholesterolu
- *Obezita*
- *Hemoglobin a hematokrit* – polycytemie. Riziko narůstá v závislosti na vzestupu hodnot hemoglobinu a hematokritu, se kterým je spojen nárůst viskozity krve a zhoršování kolaterálního průtoku
- *Alkohol* – na rozdíl od hemoragických iktů, u nichž byla opakovaně prokázána závislost rozvoje na konzumaci alkoholu, situace v případě ischemického iktu není natolik zřejmá. Alkohol se jako RF uplatňuje spíše v souvislosti s arteriální hypertenzí a kouřením
- *Kouření* – je jeden z nejvýznamnějších RF u ischemické cévní mozkové příhody a onemocnění periferních tepen, uplatňuje se ale i jako nezávislý RF. Celkově kouření zdvojnásobuje riziko rozvoje ischemického iktu. Kouření je zvláště rizikové u žen užívajících hormonální antikoncepci, především pak v kombinaci s migrénou. U osob, které přestanou kouřit, dochází ke snížení rizika rozvoje o 50%
- *Hormonální antikoncepce* – je rovněž významným RF, zejména v kombinaci s kouřením a migrénou, jak bylo již zmíněno výše
- *Tranzitorní ischemická ataka* – jde o stejnou příhodu jako ICMP, avšak s odezněním klinické symptomatiky během 24 hodin (u většiny pacientů do 1 hodiny) (Herzing, 2008)

1.3 Klinický obraz

Porucha hybnosti - porucha hybnosti může být různého stupně. Oslabení svalové síly se označuje jako paréza, úplné ochrnutí jako plegie. Můžeme se ale setkat i pouze s poruchou jemných pohybů při zachované svalové síle. Typickým nálezem u cévní mozkové příhody je hemiparéza, resp. hemiplegie, tedy zhoršení hybnosti končetin na jedné polovině těla (Herzing, 2008) .

Porucha citlivosti - při poruše citlivosti se můžeme setkat s jejím snížením, vyhasnutím, změnou vnímání kvality čítí, dále mohou pacienti udávat spontánně přítomnost brnění a mravenčení. V některých případech se můžeme setkat pouze s porušením čítí povrchního a zachování hlubokého nebo i naopak.

Poruchy zraku - problematika poruch zraku je značně složitá. Musíme rozlišit poruchu zraku přítomnou na jednom oku a výpadek poloviny zorného pole (Herzing, 2008).

Poruchy vyšší nervové činnosti - můžeme se setkat s poruchami řeči (fatické poruchy), psaní (dysgrafie, aragrafie), čtení (dyslexie, alexie), počítání (dyskalkulie, akalkulie), prostorové orientace, vnímání části vlastního těla (asomatognozie), poruchami schopnosti vykonávat složitější a účelové pohyby (dyspraxie, apraxie). Problematika fatických poruch (lehčí se označuje jako dysfázie, těžší jako afázie) je komplikovaná, ale velmi zjednodušeně lze rozlišovat poruchu porozumění, poruchu tvorby řeči a kompletní, tzv. globální afázii (je třeba dát pozor na její možnou záměnu s poruchou vědomí) (Herzing, 2008) .

Mozečkové a vestibulární poruchy - projevují se jako nesystematické závratě s vegetativním doprovodem (nevolnost, zvracení) a poruchy koordinace hybnosti končetin i trupu.

Kmenové poruchy - patří sem řada poruch mozkových nervů, které z kmene vycházejí a vyvolávají např. poruchy okohybné, poruchy artikulace apod. Porucha artikulace může být částečná (dysartrie) i kompletní (anartrie – zde je třeba dát pozor na možnou záměnu s fatickou poruchou). Kmenové poruchy ale zahrnují i život ohrožující poruchy dýchání a oběhu (Herzing, 2008).

Poruchy vědomí - poruchy vědomí rozdělujeme na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní poruchy lze rozdělit na somnolenci (pacient se probouzí na oslovení), sopor (pacient se probouzí na taktilní poruchy) a kóma (pacient reaguje na bolestivé podněty nebo nereaguje vůbec). Ke kvalifikaci poruch vědomí se užívá Glasgow coma scale- GSC (Příloha A), přičemž hranici mezi těžkými a lehčími poruchami tvoří 8 bodů (z celkových 15 bodů). Mezi kvalitativní poruchy vědomí patří např. stavy zmatenosti (amentní stavy), halucinace, delirium nebo mráкотný stav (obnubilace) (Herzing, 2008).

Cefalea - cefalea se vyskytuje např. u 8ICMP embolické etiologie, infarktů mozečku, dále bývá projevem zvýšení intrakraniálního tlaku (v případě ischemického iktu vyvolaného zpravidla edémem).

Nevolnost a zvracení - mohou doprovázet ICMP různé lokalizace, nejčastěji se ale objevují při postižení vertebrobasilární oblasti. V případě intrakraniální hypertenze zvracení (zvláště bez nevolnosti) provází výraznější nebo akutní zvýšení nitrolebního tlaku (Herzing, 2008).

1.4 Diagnostika

- Anamnéza
- Fyzikální vyšetření
- neurologické vyšetření
- EKG
- EEG
- RTG srdce plic a lebky
- Lumbální punkce
- Vyšetření očního pozadí
- Laboratorní vyšetření krve – FW, KO, BCH, krevní plyny, hemokoagulace
- CT
- případně MR
- sonografie karotid (Slezáková, Mikušová, Pavlíková, 2002)

1.5 Léčba

Při diagnostice má být zahájena léčba akutní fáze iktu v prvních 12 až 24 hodinách od vzniku příhody na JIP, eventuálně na iktové jednotce. Pokud je nemocný přijat až po 12 eventuálně 24 hodinách, probíhá léčba na standartním lůžku, pokud se nevyskytnou jiné důvody pro monitorování fyziologických funkcí (Kalita, 2006).

1.5.1 Cíle léčby

Cílem léčby ischemické cévní mozkové příhody je dosáhnout, pokud možno co nejdříve, úpravy klinického i funkčního stavu pacienta a v rámci sekundární prevence zabránit její recidivě.

Léčba akutního iktu zahrnuje celkovou stabilizaci pacienta, specifickou terapii, profylaxi a léčbu komplikací, časnou sekundární prevenci a časnou rehabilitaci (Herzing, 2008).

1.5.2 Léčba ischemické formy

- Trombolytická terapie

***Intravenózní trombolýza lidským rekombinačním tkáňovým aktivátorem
plasminogenu (RTPA)***

Indikace

- mozkový infarkt do tří hodin od vzniku příznaků s významným neurologickým deficitem v trvání alespoň 30 minut

Kontraindikace

- věk < 18 let a > 80 let
- prokázané intrakraniální krvácení na snímku CT
- příznaky ischemické ataky, které započaly před více než čtyřmi hodinami nebo pokud doba začátku příznaků není známa

- příznaky naznačují subarachnoidální krvácení, dokonce i v případě, že snímek CT je v normě, nebo stavy po SAH z aneurysmatu
- neurologický deficit menšího rozsahu (cca NIHSS < 4) nebo rychle se zlepšující příznaky před začátkem infuze
- závažná cévní mozková příhoda vyhodnocená klinicky (NIHSS > 25) a/nebo pomocí příslušné zobrazovací techniky
- epileptický záchvat na počátku cévní mozkové příhody (podezření na Toddovu parézu)
- dřívější výskyt cévní mozkové příhody se současně se vyskytujícím DM
- cévní mozková příhoda v průběhu předchozích tří měsíců
- v minulosti prodělané intrakraniální krvácení nebo podezření na něj
- podezření centrálního nervového systému (CNS) v anamnéze (např. tumor, aneurysma, chirurgický intrakraniální nebo intraspinální výkon)
- hemoragická retinopatie, např. u DM (poruchy vidění mohou vést k diagnóze hemoragické retinopatie)
- známá hemoragická diatéza a stavy spojené se zvýšeným rizikem krvácení
- manifestní nebo nedávné silné krvácení
- nedávná (< 10 dnů) traumatická zevní srdeční masáž, porod, punkce velkých manuálně nekomprimovatelných cév (např. vena subclavia nebo vena jugularis)
- bakteriální endokarditida, perikarditida
- akutní pankreatitida
- prokázaná gastroduodenální vředová choroba v posledních třech měsících, jícnové varixy, tepenná aneurysmata, tepenné/žilní malformace
- nádor s rizikem krvácení
- závažné jaterní onemocnění včetně jaterního selhání, cirhózy, portální hypertenze (jícnové varixy) a aktivní hepatitidy
- velký chirurgický výkon nebo významné trauma v posledních třech měsících
- systolický TK > 185 mm Hg nebo diastolický TK > 110 mm Hg nebo útočná léčba (i. v. medikace) nezbytná k redukci TK k těmto hodnotám
- podávání heparinu během předchozích 48 hodin a tromboplastinový čas převyšující horní hranici normálních laboratorních hodnot
- počet trombocytů < 100 000/mm³
- současné užívání p.o. antikoagulancií nebo INR > 1,7

- známá přecitlivělost na léčivou nebo některou z pomocných látek (Herzing, 2008)

Léčebné schéma

- Actilyse 0,9 mg/kg hmotnosti, maximálně 90 mg – 10% dávky podáno jako i.v. bolus, zbývajících 90% v i.v. infuzi trvající 60 minut

Intraarteriální trombolýza (IAT)

Indikace

- mozkový infarkt vyvolaný akutní okluzí a to do 6 hodin od vzniku příznaků a s významným neurologickým deficitem v trvání alespoň 30 minut
- akutní okluze arteria basilaris – bez pevně stanoveného časového okna

Kontraindikace

- kontraindikace pro IAT rámcově odpovídají kontraindikacím IVT (Herzing, 2008)

Dále:

- oxygenoterapie
- sonotrombotrypse – rozbíjení trombů ultrazvukem
- vazodilatační léčba
- antikoagulancia
- antihypertenziva
- mechanická rekanalizace

1.5.3 Léčba hemoragické formy

- neurochirurgická konzultace
- oxygenoterapie
- antiedematózní léčba
- operační odstranění nebo zmenšení hematomu

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PO TROMBOLÝZE NA JIP

Pracoviště intenzivní péče jsou určeny pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Na těchto pracovištích musí být lékaři neustále v pohotovosti.

Stav pacientů je nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace jsou zaznamenávány do dokumentace.

V dokumentaci nesmí chybět informovaný souhlas se souhlasem pacienta s hospitalizací. Pokud zdravotní stav neumožňuje dát informovaný souhlas s hospitalizací, vyplní se formulář, který je do 24 hodin odeslán faxem na obvodní soud a je zahájeno tzv. detenční řízení (Kapounová, 2007).

2.1 Příjem pacienta na jednotce intenzivní péče s indikací k trombolýze

Včasné rozpoznání příznaků, okamžitá diagnostika, léčba v nemocnici na specializované iktové jednotce nebo na neurologické JIP jsou klíčové okamžiky péče o pacienta s akutní cévní mozkovou příhodou. Lepší šance na zotavení jsou zejména, pokud lze použít trombolytickou léčbu, která se smí zahájit po splnění určitých kritérií nejpozději do 3 hodin od vzniku příznaků.

Při příjmu pacienta je nutné zajistit:

- uložení pacienta na polohovací lůžko s antidekubitární matrací
- stabilizování a monitorování základních životních funkcí
- dýchací cesty dle ordinace lékaře
- monitorování úrovně vědomí, motorických a senzorických funkcí, poruch řeči
- zajistit žilní vstup, optimalizovat vodní a iontové hospodářství
- zavedení permanentního močového katétru, popřípadě nazogastrické sondy
- sledování parametru vnitřního prostředí, odchodu moče a kontrolu tělesné teploty
- natočení EKG
- podle výsledků diagnostiky a ordinace lékaře zahájení trombolytické léčby, antikoagulační léčby, antiedematózní léčby a léčby chorob, doprovázejících CMP (Diagóza v ošetřovatelství 2, 2007)

2.2 Bezprostřední příprava pacienta k trombolýze

- Odeberou se pretrombolycké odběry – KO, HbSAg, KS, základní biochemie, koagulace
- pacient se uloží do lůžka
- zajistí se monitorace FF, popřípadě jejich kompenzace
- změří se EKG
- zajistí se i.v. stupy a PMK – i.v. vstupy musí být dva, jeden je určen pro podání trombolýzy a druhý pro jiné ošetrovací léky
- dle výsledků laboratorních odběrů se co nejdříve podá trombolýza (Actylisa).

2.3 Ošetrovatelská péče během podávání trombolýzy

Podání Actylisy trvá přibližně 60 minut, závisí na velikosti dávky léku. Podává se přes injekční dávkovač, který dávkuje ml/hod. Během aplikace pacient leží v klidu v posteli. Během podávání Actylisy není žádné omezení, co se týče jídla a pití.

Je nutné sledovat:

- Krvácivé projevy – v okolí místa vpichu nebo z jazyka
- Hematomy, které se mohou vytvořit
- Celkový stav pacienta

2.4 Ošetrovatelská péče po podání trombolýzy

Po podání trombolýzy se odeberou tzv. Potrombolycké odběry, které se berou:

- 12 hodin po podání Actylisy: Ko, Koagulace
- 24 hodin po podání Actylisy: Ko, Koagulace, Základní biochemie
- Druhý den se provede CT vyšetření, zda nenastaly změny na mozku v důsledku trombolýzy

2.4.1 Péče o dýchací cesty

- dýchací cesty udržujeme volné, při poruše vykašlávání a zvýšené sekreci hlenu je důležité odsávání
- pečujeme o dutinu ústní
- sledujeme saturaci O₂, dýchání, známky cyanózy

- u pacientů s tracheostomickou a endotracheální kanylou přistupujeme zvláště asepticky
- u ochrnutých pacientů se špatným odkašláváním a s nízkou ventilací se zvyšuje riziko pro rozvoj bronchopneumonie, tomu můžeme předcházet dechovým cvičením, polohováním pacienta vleže a posazováním
- pro uvolnění hlenu jsou důležité poklepové masáže

2.4.2 Péče o polohování

Rehabilitace by měla začít co nejdříve. Imobilní pacienti s hemiparézou nebo hemiplegií, vyžadují pravidelné polohování s upřednostněním polohování na neochrnutou stranu, protože zvýšené riziko vzniku dekubitů je na ochrnuté straně. Rehabilitace se začíná pasivním pohybem končetinami. Pacienta vedeme trpělivě k soběstačnosti nebo k udržení částečné soběstačnosti, učíme ho, jak pečovat o svoji ochrnutou část těla pomocí zdravé. Bandážováním snížíme riziko vzniku flebotrombózy dolních končetin u ležících pacientů. Můžeme tomu také předejít podkládáním do zvýšené polohy, aktivním či pasivním cvičením a podáváním antikoagulancií (Diagóza v ošetrovatelství 2, 2007).

Správné polohování těla je velice důležité, zvláště v akutní fázi cévní mozkové příhody.

Správné polohování pomáhá:

- předcházet skeletálním deformitám
- předcházet proleženinám
- předcházet problémům s krevním a lymfatickým oběhem
- posílat do mozku normální povely, na rozdíl od přechodné ztráty smyslových povelů způsobené cévní mozkovou příhodou
- k rozpoznání a uvědomění si postižené strany (Šeclová, 2004).

U pacienta po cévní mozkové příhodě není dobré, aby několik hodin ležel na lůžku ve stejné poloze. Změna polohy poskytne různé stimuly, které mohou pomoci při znovunabytí sensorické funkce. Špatné polohování vede ke ztuhlosti, svalovým retrakcím a omezenému rozsahu pohybu. Jsou to okolnosti zhoršující invaliditu, způsobenou cévní mozkovou příhodou.

Poloha na lůžku musí být upravována každých 40 minut. Měla by se střídát poloha na zádech po leh na boku na obou stranách. Tím se bude měnit poloha kloubů a částí těla a

následkem toho budou k mozku vysílány stimuly. Nejdříve je pacient pasivně polohován. Polohu udržujeme pomocí měkkých polštářů nebo jiných polohovacích pomůcek (Šeclová, 2004).

2.4.3 Péče o výživu a příjem tekutin

Pacientovi musíme zajistit dostatečné množství živin, minerálů, vitamínů, tekutin a stopových prvků. Při poruše polykání, výživu podáváme enterální i parenterální formou. Enterální výživu provádíme zavedením nasogastrické sondy, která umožňuje podávat tekutiny, živiny i léky v kašovitě formě, a také speciálně vyráběnou enterální výživou.

Při poruše polykání vkládáme jídlo do nepostížené poloviny úst, na konci zkontrolujeme, zda v ochrnuté polovině úst nezůstaly zbytky potravy (Diagóza v ošetřovatelství 2, 2007).

2.4.4 Péče o vyprazdňování

Pro inkontinenci moče zavádíme permanentní močový katétr, který nám umožňuje měření výdeje moče. Ponechává se jen na nezbytně nutnou dobu. Sledujeme pravidelnost stolice, podáváme dostatek vlákniny, tekutin a v případě potřeby projímadla nebo léky na změkčení stolice (Diagóza v ošetřovatelství 2, 2007).

2.4.5 Péče o komunikaci

Podle míry schopnosti pacienta slyšet, rozumět, mluvit určíme typ fatické poruchy, od které se bude odvíjet způsob komunikace.

Pokud nemocný nemluví, při zachované schopnosti porozumět, vysvětlíme pacientovi, proč nemůže mluvit a snažíme se s ním domluvit na určitých prostředcích komunikace, například aby při souhlasu kývnul hlavou. Při nácviku komunikace je vhodné spolupracovat s logopedem, snažit se pacientovi naslouchat, sledovat jeho vyjadřování a pomáhat mu nacházet vhodná slova. Mluvíme s ním klidně a zřetelně (Diagóza v ošetřovatelství 2, 2007).

2.4.6 Péče o psychiku

Nemocný s ICMP je ve stresové situaci, trpí strachem z následků onemocnění, nesoběstačnosti a z pocitu být na obtíž svému okolí. Rodina je pro pacienta důležitou psychickou podporou. V některých případech je vhodné spolupracovat s psychologem (Diagóza v ošetrovatelství 2, 2007).

Psycholog by měl pomoci ostatním členům týmu vysvětlit neadekvátní chování pacienta a doporučit optimální postup k získání pacientovi motivace pro jednotlivé činnosti. Kromě práce s klientem je důležité i psychologické vedení rodiny a poradenská činnost (Florence 6, 2006).

3 EDUKAČNÍ PROCES

Slovo edukace je odvozeno z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze charakterizovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená jedince vychovávat a vzdělávat. Oba dva pojmy se vzájemně prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělávání v současné době není v terminologii jednoznačně vymezen (Juřeníková,2010).

3.1 Vymezení základních pojmů v edukaci

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, schopnosti a návyky.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, národě či státě.

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně nebo nezáměrně.

Edukační procesy probíhají od prenatálního života až do smrti.

Proces edukace obsahuje čtyři determinanty :

- a) edukanti (klient)
- b) edukátor (sestra)
- c) edukační konstrukty (plány; zákony; předpisy; edukační standardy; edukační materiály, ovlivňující kvalitu edukačního procesu)
- d) edukační prostředí (místo, ve kterém edukace probíhá)

Edukační standard je norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace.

Primární prevence – edukace se zaměřuje na zdravé jedince.

Sekundární prevence – edukace se zaměřuje na nemocné jedince.

Terciární prevence – edukace v terciární prevenci se zaměřuje na jedince, kteří mají již trvalé a nevratné změny ve svém zdravotním stavu (Juřeníková,2010).

Edukaci dělíme na:

- základní
- reedukační (pokračující, rozvíjející, nápravnou)
- komplexní

Za základní edukaci považujeme takovou edukaci, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně postojů i hodnotového žebříčku.

Za reedukační edukaci považujeme takovou edukaci, při které je možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince.

Za komplexní edukaci považujeme takovou edukaci, kdy jsou jedinci etapově předávány ucelené vědomosti, rozvíjeny dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou ke zlepšení nebo udržení zdraví. Nejčastěji se tento typ edukace objevuje v kurzech (Juřeníková,2010)..

Za nedeterminovanou skupinu považujeme takovou, která nemá jasná kritéria pro zařazení do edukace.

Determinované skupiny - zařazení této skupiny do edukace podléhá určitým kritériím, např. věku, druhu onemocnění.

Cílová uživatelská skupina - této skupině je edukace plánována jednotlivě na základě jejich edukační potřeby (Juřeníková,2010).

3.2 Požadavky na sestru v roli edukátorky

Role sestry jako edukátorky souvisí s rozvojem sesterské profese. Při poskytování edukace je důležité, aby měly sestry odborné poznatky z dané oblasti, na kterou je edukace zaměřena. Od sester se očekává:

1. dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti
2. kompetence v dané oblasti poskytované edukace
3. schopnost spolupracovat v multidisciplinárním týmu
4. empatie a ochota klientovi pomoci

5. dobré verbální a nonverbální komunikační schopnosti
6. zájem o klienta
7. navázání kontaktu a důvěry s klientem
8. získání klienta pro spolupráci – motivace (Nemcová, Hlinková a kol. 2010).

3.3 Fáze edukačního procesu

1. *Posuzování* – důkladný sběr dat, třídění a analýza údajů o daném jedinci. Informace získáváme metodou rozhovoru, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a z dokumentace.

2. *Diagnostika* – vymezuje problémy a potřeby jedince, jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky těchto problémů (Kuberová, 2010).

3. *Plánování* – stanovení priorit edukace, volba metod, výběr obsahu, plánování učiva s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy (princip cílevědomosti, soustavnosti, aktivity, názornosti, uvědomělosti, trvalosti, přiměřenosti, emocionálnosti, všestranného výchovného zaměření), stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní (Juřeníková, 2010).

4. *Realizace* – realizace učebního plánu sestra aplikuje nejen svou teoretickou přípravu, ale měla by v ní prokázat i praktické dovednosti vedení celého edukačního procesu i s jeho možnými následky a důsledky. Vhodný výběr edukační metody odpovídá cílům edukace, jejímu obsahu a specifickým potřebám účastníků edukace. Aby byla komunikace pro jedince srozumitelná, není vhodné používat odborné termíny a zkratky z dané oblasti (Kuberová, 2010).

5. *Zhodnocení* – je proces průběžný i závěrečný. Sestra spolu s edukovaným jedincem hodnotí, jak změnil své chování, jednání a to, co se naučil. Dosažené cíle se hodnotí na základě kritérií, stanovených ve fázi plánování. Sestra by se měla ptát na vědomosti klienta citlivě a s porozuměním a být dobrou pozorovatelkou postojů a chování pacientů (Kuberová, 2010).

3.4 Cíle edukace

Edukační cíle jsou předpokládané, očekáváme změny v chování klientů, kterých se má edukací docílit. Čím přesněji jsou cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat a řídit učební činnosti. Stanovení konkrétních cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti a operativní diagnostiku změn ve struktuře vědomostí, dovedností, návyků, postojů a názorů účastníka edukačního procesu (Juřeníková, 2010) .

Stanovení cílů v oblasti:

1. kognitivní – osvojování si vědomostí a rozumových schopností
2. psychomotorické – formování např. pohybových a pracovních činností
3. afektivní – získávání názorů, postojů, hodnotová orientace (Juřeníková, 2010)

3.4.1 Kongnitivní oblast

Bloomova taxonomie (klasifikace vzdělávacích cílů)

Zapamatování – klient bude po skončení vzdělávání schopen reprodukovat faktické údaje, pravidla, zákony, postupy, termíny, kritéria a jiné poznatkové struktury.

Porozumění – klient bude schopen po skončení vzdělávání vysvětlit osvojované učivo ve formě pojmů, zákonů, pouček, pravidel, ilustrovat učivo na konkrétním příkladě, pravidle, formulovat poučku vlastními slovy.

Aplikace – klient bude po skončení vzdělávání schopen aplikovat pochopené poznatky při řešení problému, navrhnout postup jeho řešení, prokázat znalost pracovního postupu, plánovat postup řešení úkolu.

Analýza – po skončení vzdělávání bude klient schopen analyzovat problém na známé a neznámé prvky a nacházet vztahy mezi nimi.

Syntéza – klient bude po skončení vzdělávání schopen vytvářet poznatkové struktury, kombinovat jejich jednotlivé prvky, vyhledávat prvky z mnohých pramenů a funkčně je integrovat v souladu s daným problémem.

Hodnotící posouzení – klient bude po skončení edukace schopen posoudit hodnotu myšlenek, tvůrčích metod práce, zhodnotit efektivnost racionalizačních opatření a nových pracovních postupů, porovnat vyřešený problém s normou a vyvodit odpovídající závěry pro jeho další optimalizaci (Juřeníková, 2010).

3.4.2 Psychomotorická oblast

Daveova taxonomie

Imitace – klient je schopen na této úrovni osvojit si psychomotorické dovednosti na základě pozorování, napodobit danou činnost při plné vědomé kontrole jejích jednotlivých úkonů.

Manipulace – klient je schopen vykonat danou činnost na základě slovního návodu, činnost se postupně zdokonaluje.

Zpřesňování – klient je schopen vykonat danou činnost skoro samostatně, činnost je stále přesnější.

Koordinace – klient je schopen vykonat požadovanou činnost celkem plynule a samostatně.

Automatizace – klient už má zautomatizované některé složky osvojované psychomotorické činnosti (Juřeníková, 2010).

3.4.3 Afektivní oblast

Krathwohllova taxonomie

Vnímavost – klient je citlivý na existenci určitých jevů nebo stimulů, je ochotný je vnímat, popřípadě je přijímat; na této úrovni se učení klientů zaměřuje požadovaným směrem, postupně stimuly vnímají uvědoměleji a pozorněji.

Reagování – klient ochotně reaguje na dané jevy a stimuly, podrobuje se určitým pravidlům a normám, projevuje přitom určitou aktivitu a je spokojený s tímto reagováním.

Oceňování hodnoty – u klientů dochází k interiorizaci (zvnitřnění) hodnoty prožitku, postoje apod., pocítují závazek k hodnotě, uznávají ji, hodnota např. určitého postoje začíná ovlivňovat chování klienta, vytváří se tak zájem nebo pozitivní postoj.

Integrovaní hodnot – klient při reagování na různé situace integruje hodnoty do soustavy, určuje pořadí hodnot, vytváří se základ hodnotového systému klienta.

Interiorizace hodnot v charakteru – dotváří se hierarchie hodnot klienta, jeho chování je už vyhraněné (Juřeníková, 2010).

3.5 Faktory ovlivňující edukaci

Vnější – okolí klienta, zdravotnické zařízení, rodina, demografické, ekonomické a kulturní vlivy

Vnitřní: A: fyzikální – osvětlení, dostatek prostoru, dobré světelné podmínky, nábytek, barvy, přiměřená pokojová teplota, možnost větrání, nerušenost

B: psychosociální -statické – vztahy trvalejší, rodiče – děti, partneři, na ošetrovací jednotce = učební klima

- proměnlivé – krátkodobé vlivy, charakter komunikace = učební atmosféra

Formy edukace - po formální stránce se edukace provádí dvěma základními způsoby, a to individuálně a skupinově.

Faktory, na kterých závisí učení:

Tělesný stav člověka – snáze probíhá u člověka tělesně a duševně svěžího (zdravého). Proces učení znesnadňuje únava, nemoc, neuspokojené potřeby.

Psychický stav člověka – mírné napětí proces učení usnadňuje.

Úroveň rozvoje myšlení.

Stupeň rozvoje schopností.

Charakterově volné vlastnosti – ty se projeví postojem k učení (svědomitost, lenost, atd.).

Motivace – čím silnější motivaci máme, tím jde učení lépe.

Aktivita učícího se.

Subjektivní vztah učícího se k látce, kterou se učí.

Vztah učícího se k učiteli.

Mikroklima prostředí – teplota, kvalita vzduchu, hluk, osvětlení, pořádek ve věcech.

Povaha učebního materiálu – souvislý text, kratší jednotky.

Důležitost a nedůležitost učebního materiálu – čím větší důležitost předmětu učení člověk přikládá, tím déle si danou věc zapamatuje.

Pestrost a zajímavost obsahu.

Rozsah učebního materiálu – pokud je rozsáhlý, rozdělit na menší celky.

Poznání a využití vlastních typových zvláštností člověka – usnadňuje to proces učení (výpisky, opakování si nahlas, ...) (Juřeníková, 2010).

3.6 Zásady správné edukace

Motivace – je hybnou silou téměř veškerého lidského jednání. Základním předpokladem účinné edukace je dostatečná motivace nemocného. Motivace má složku vnitřní a vnější.

Motivace vnitřní – vyplývá z osobnostních rysů, vůle něčeho dosáhnout, je podmíněna znalostmi a zkušenostmi nemocného, odrážejí se v ní vlivy kulturní a sociální.

Motivace vnější – odměna, nátlak, hrozba.

Compliance – je mnohovýznamové slovo, do češtiny ho můžeme převést ve významu spolupráce, ztotožnění, pozitivní vztah, disciplinovanost, uvědomělá spolupráce.

Jazyk edukace – měl by být srozumitelný, jednoduchý, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného, střídavě využívající emotivních výrazových prostředků.

System – od nejdůležitějšího k podružnému, od základního k podrobnému, od jednoduchého ke složitému.

Názornost – využití modelových situací, aktivní řešení problémů nemocných, snaha provázat získávané informace s vlastní zkušeností nemocného.

Individualizace – cílů, plánu, přístupu, rozsahu a intenzity, použitých prostředků.

Konkrétní cíle léčby – můžeme takto využít soutěživosti nemocného, lépe jej motivovat, vtáhnout jej více do léčby. Stanovujeme raději cíle snadněji dosažitelné, nižší, mírnější, tedy takové, u nichž je vysoce pravděpodobné, že jich nemocný dosáhne.

Konkrétní dovednosti – nacvičování situací, aktivní spoluúčast nemocného, opakování dovedností do dosažení potřebného stupně dokonalosti.

Opakování a kontrola

Nejčastější chyby – edukace je spíše monologem lékaře či sestry než dialogem. Nerespektování individuality nemocného. Použití jazyka se spoustou odborných výrazů. Mnoho teorie, málo praxe (Juřeníková,2010).

4 EDUKAČNÍ PLÁN U PACIENTA PO TROMBOLÝZE

Cíl edukace:

- Minimalizovat komplikace onemocnění
- Dodržovat léčebný režim v nemocnici i doma
- Zlepšit kvalitu života

Téma: Edukační proces u pacienta po trombolýze

- léčebná metoda užívaná ke zprůchodnění uzavřené tepny pomocí farmakologické látky, která rozpouští trombus
- podávána např. při ischemické cévní mozkové příhodě

Kazuistika:

Dne 14.2. 2012 byla neplánovaně přijatá 56-letá pacientka na Neurologickou jednotku intenzivní péče ve FNUSA, pacientka přivezena rychlou záchrannou službou pro slabost levé poloviny těla, brnění rukou a poruchu řeči. V nemocnici bylo provedeno klinické vyšetření, krevní testy, CT a následně byla stanovena neurologem, u pacientky dg. cévní mozková příhoda z důvodu ischemie. Pacientka je přijatá pro stabilizaci jejího zdravotního stavu, zejména podání trombolýzy.

4.1 Posuzování

1. kategorie

- Jméno: L.L.
- Pohlaví: žena
- Věk: 56 let
- Rasa: europoidní (bílá)
- Etnikum: slovanské (české)
- Zaměstnání: prodavačka v supermarketu
- Vzdělání: středoškolské

2. kategorie

- Posouzení fyzického stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb: podle M. Gordonové

1. Podpora zdraví: snaží se zvládat hospitalizaci co nejlépe, zdravotní stav narušený, má výkyvy nálad, je smutná, snaží se najít sílu bojovat. Pacientka se snaží dodržovat správnou životosprávu, nekouří, alkohol nepije a snaží se dodržovat pohybovou aktivitu a jíst co nejvíce vitamínů.

2. Výživa: pacientka váží 62 kg, 168 cm, BMI 18,4, příjem enterální per os stravy, dieta č. 3. Za 24 hodin vypije 1,5 litru tekutin a nejčastěji preferuje vodu se sirupem a denně vypije 3 kávy, sledována bilance tekutin.

3. Vylučování: mikce bez potíží, defekace pravidelná, bez patologických příměsí, vyprazdňuje se do podložní mísy, charakter moči a stolice sledována, diuréza za 24 hodin měřena.

4. Aktivita, odpočinek: spánek dobrý, pravidelný, usíná bez obtíží a bez medikace, přes den se cítí unavená. Jednou navštěvovala bazén a věnovala se plavání. Doma pravidelně ráno chodila na procházky.

5. Vnímání: při vědomí, kontaktní, spolupracující, řeč mírně nesrozumitelná, sluch dobrý, zrak normální, paměť neporušená, styl učení systematické, logické, pozornost stálá.

6. Sebepojetí: pacientka se spíše hodnotí jako pesimistka, plně si důvěřuje, je nervózní z nemocničního prostředí.

7. Role – mezilidské vztahy: rodinné vztahy jsou dobré, donedávna vykonávala roli dcery a matky, bydlí s rodinou. Má dceru 32 let a syna 28 let. Dcera bydlí s manželem a dětmi blízko své matky, navštěvují se každý víkend. Syn bydlí s matkou a za dobu hospitalizace matky je schopný se o sebe postarat sám.

8. Sexualita: nechce hodnotit, pacientka již v klimakteriu od 50 let, počet porodů: 2.

9. Zvládání zátěže: napětí prožívá zřídka, vyvolává ho zaměstnání a nemoc, stres zvládá prozatím sama relaxací. Nyní má obavy o svou práci. Obává se omezení následkem nemoci.

10. Životní hodnoty: pacientka má plány do budoucna, těší se domů, klade velký důraz na životní hodnoty jako je zdraví, láska, rodina a přátelství.

11. Bezpečnost, ochrana: zajištěna bezpečnost pacientky.

12. Komfort: pacientka je smutná z hospitalizace, neklidná z nemocničního prostředí, vadí ji nepohodlné lůžko a hluk z vedlejšího pokoje.

13. Jiné (růst a vývoj): růst a vývoj pacientky probíhá fyziologicky. Pacientka navštěvuje kurz managementu, chce se stát vedoucí.

3.kategorie

Profil rodiny: pacientka bydlí s manželem v rodinném domě, mají společnou domácnost, vztahy v rodině jsou dobré, otec zemřel v 65. letech na IM, maminka zemřela v 72. letech na rakovinu prsu, syn je zdravý a dcera rovněž.

Vstupní test

<i>Vstupní test</i>	<i>ano/ne/nevím</i>
Dostala jste někdy kontrastní látku?	ne
Léčíte se pro alergie?	ne
Užíváte léky proti srážení krve?	ne
Znáte význam pojmu trombolýza?	ne
Víte, proč se trombolýza podává?	ne
Vyskytla se někdy u vás cévní onemocnění mozku?	ne
Je důležité udržovat zdravý životní styl při této nemoci?	nevím
Víte, čemu se máte vyvarovat?	ne
Znáte komplikace cévní mozkové příhody?	ne
Byla jste někdy u neurologa?	ano

4.2 Edukační diagnóza

Deficit vědomostí: o onemocnění

- o rizikových faktorech trombolýzy
- o změně životního stylu
- o trombolýze
- o dispenzarizaci

Deficit zručnosti: v nácviku sebeobsluhy

Deficit v postojích: obavy a strach z následků trombolýzy

4.3 Plánování

Podle priorit: o příznacích onemocnění

- o průběhu výkonů - trombolýzy
- o preventivních opatřeních
- o změně životního stylu

Záměr edukace: pro edukaci jsem si zvolila pacientku, která prodělala cévní mozkovou příhodu a dostala trombolýzu. Pacientka získá vědomosti týkající se trombolýzy a samotného onemocnění. Edukuji pacientku o udržování zdravého životního stylu jako předcházení rizikovým faktorů a následné dispenzarizaci.

Podle struktury: 3 edukační jednotky po 25. minutách

1. *Edukační jednotka* – seznámit pacientku s pojmem trombolýza a důvod, proč se podává
2. *Edukační jednotka* – dispenzarizace pacienta
3. *Edukační jednotka* – rizikové faktory cévní mozkové příhody a udržování zdravého životního stylu

Podle cílů:

- Kognitivní – pacientka nabyla vědomosti o výkonu, jeho průběhu, jejich případné rozeznání komplikací, o postupu léčby.
- Afektivní – pacientka si vytvoří kladný přístup ke spolupráci a uvědomuje si nutnou změnu životního stylu.
- Kognitivní – pacientka dodržuje léčebný režim a doporučený životní režim, dokáže rozeznat zhoršení příznaků nemoci a adekvátně na ně reagovat.
- Podle místa realizace: v nemocničním prostředí, u lůžka pacienta na JIP, zabezpečit klid a soukromí
- Podle času: dopoledne, po vizitě a celkové toaletě, od 10:00 do 11:00
- Podle výběru: výklad, vysvětlování, rozhovor, názorná ukázka, programové učení, písemné pomůcky, diskuze
- Podle formy: individuální
- Typ edukace: prohlubující

4.4 Realizace

1. Edukační jednotka

- Téma: nabytí vědomostí, souvisejících s pojmem Actilysa a průběhem podání trombolýzy
- Cíl:
 - Kognitivní – pacientka má vědomosti o pojmu Actilysa, přípravě a průběhu podání trombolýzy, o nutnosti zavedení invazivních vstupů a monitoraci vitálních funkcí
 - Afektivní – pacientka si uvědomuje nutné provedení trombolýzy a souhlasí se zavedením invazivních vstupů a monitoraci vitálních funkcí
- Metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky kladené pacientkou
- Pomůcky: písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, ukázka invazivních vstupů

Realizace 1 EJ

- Motivační fáze: povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit podstatu a důležitost nově získaných vědomostí
- Expoziční fáze: vysvětlit pojem Actilysa a popsat přípravu a průběh podání trombolýzy, zavedení invazivních vstupů a monitoraci vitálních funkcí

Co je Actilysa a k čemu se používá:

- Léčivou látkou přípravku Actilyse je alteplasa; patří do skupiny léků, které se nazývají trombolytika. Tyto léky svým účinkem rozpouští krevní sraženiny, které vznikly v krevních cévách
- Actilysa se používá k léčbě řadě stavů, které jsou způsobeny vznikem krevní sraženiny uvnitř krevních cév, včetně:
 - Srdečních příhod, způsobených krevními sraženinami v tepnách srdce (infarkt myokardu)
 - Krevních sraženin v tepnách plic (plicní embolie)
 - Cévních mozkových příhod, způsobených krevní sraženinou v tepně mozku (akutní ischemická cévní mozková příhoda)

Bezprostřední příprava pacienta k trombolýze:

- Odeberou se pretrombolycké odběry
- pacient se uloží do lůžka
- zajistí se monitorace FF, popřípadě jejich kompenzace
- změří se EKG
- zajistí se i.v. vstupy a PMK – i.v. vstupy musí být dva, jeden je určen pro podání trombolýzy a druhý pro jiné potřebné léky
- dle výsledků laboratorních odběrů se co nejdříve podá trombolýza (Actilysa).

Ošetřovatelská péče během podání trombolýzy:

- Podání Actilysy trvá přibližně 60 minut, závisí na velikosti dávky léku. Podává se přes injekční dávkovač, který dávkuje ml/hod. Během aplikace pacient leží v klidu v lůžku. Během podávání Actilysy není žádné omezení, co se týče jídla a pití.

Je nutné sledovat:

- Monitorace fyziologických funkcí
- Krvácivé projevy – v okolí místa vpichu nebo z jazyka
- Modřiny, které se mohou vytvořit
- Celkový stav pacienta

Ošetrovatelská péče po podání trombolýzy:

- Odeberou se tzv. potrombolytické odběry, které se berou:
 - 12 hodin po podání Actilyisy
 - 24 hodin po podání Actilyisy
 - Druhý den se provede CT vyšetření, zda nenastaly změny na mozku v důsledku trombolýzy
- Fixační fáze: celkový souhrn všech podstatných informací, objasnění případných dotazů.
 - Co je Actilyisa a k čemu se používá
 - Bezprostřední příprava pacienta k trombolýze
 - Ošetrovatelská péče během podání trombolýzy
 - Ošetrovatelská péče po podání trombolýzy
- Hodnotící fáze: zhodnocení, co se pacient naučil kladením otázek = zpětná vazba.
 - Kladla jsem pacientce otázky, na které mi dokázala odpovědět. Byla soustředěná a o danou problematiku měla zájem.

1. Víte, co je to Actilyisa?
2. Víte, k čemu se používá?
3. Znáte režimová opatření během výkonu?

2. Edukační jednotka

- Téma: Poskytnutí vědomostí o následující péči po propuštění pacientky
- Cíl:
 - Kognitivní - pacientka bude prokazovat vědomosti o pravidelných návštěvách ambulance, kterou bude navštěvovat a bude znát dietu nutnou k užívání Warfarinu
 - Afektivní – pacientka verbalizuje dostatek informací a spokojenost s podanými informacemi od sestry.
- Metody: výklad a vysvětlování
- Pomůcky: informační letáky, brožura, písemné pomůcky

Realizace 2 EJ

- Motivační fáze: připravit pacientku na přijetí změny režimu a vzbudit její zájem ve spolupráci, přizpůsobit příjemně atmosféru
- Expoziční fáze: během rozhovoru podat pacientovi podstatné informace o správném dodržování domácího léčení, poskytnout brožuru s režimem u cévní mozkové příhody.

Po ukončení hospitalizace:

- Do 3 – 7 dnů navštíví pacientka svého praktického lékaře a do týdne ambulantního neurologa
- Následné pravidelné kontroly po dohodě s praktickým lékařem dle výsledků laboratorních odběrů – lipidů, koagulace
- Na kontrolu do neurologické ambulance se chodí dvakrát za rok na neurosonologické vyšetření
- Pokud není pozitivní nález, snižuje se návštěvnost neurologické ambulance
- Je vhodné si zakoupit digitální tonometr
- Naměřené hodnoty krevního tlaku následně zaznamenávat a předložit při kontrole u praktického lékaře
- Při pravidelném užívání léků na ředění krve, navštěvuje pacientka praktického lékaře dle hodnot laboratorních odběrů krve (Quick)

- Pokud jsou laboratorní hodnoty krve v normě, je frekvence návštěvnosti praktického lékaře jednou za měsíc, pokud nejsou v normě, tak častěji, dle indikace lékaře
 - Warfarin, jako nejčastější ordinovaný lék u pacientů po trombolýze, vyžaduje přísná dietní opatření (viz. Příloha D)
 - A v neposlední řadě je důležité dodržovat zásady správné životosprávy
- Fixační fáze: zopakování a shrnutí podstatných informací, ujasnění případných nesrovnalostí.
 - Hodnotící fáze: sestra zhodnotí zda pacientka chápe pokyny, které by měla dodržovat po propuštění z nemocničního zařízení

1. Znáte důležitosti pravidelných kontrol u praktického lékaře?
2. Znáte důvod dietního opatření při užívání Warfarinu?
3. Víte, které potraviny by jste neměla konzumovat při užívání Warfarinu?

3. Edukační jednotka

- Téma: charakteristika cévní mozkové příhody a udržování zdravého životního stylu
- Cíl:
 - Kognitivní – pacientka nabude vědomosti o vzniku onemocnění, rozezná projevy choroby a zná zásady udržování zdravého životního stylu
 - Afektivní – pacientka verbalizuje spokojenost s nově získanými vědomostmi
- Metody: vysvětlování, rozhovor, zodpovězení na otázky pacienta
- Pomůcky: písemné pomůcky, brožura, publikace

Realizace 3 EJ

- Motivační fáze: povzbuzovat pacientku ke vzájemné spolupráci, vysvětlit význam získaných informací
- Expoziční fáze: popsat hlavní příznaky onemocnění, průběh onemocnění a postup léčby

Definice onemocnění:

- Cévní onemocnění mozku označuje skupinu chorob, projevující se postižením normální funkce mozku a jsou způsobeny poruchou v jeho krevním zásobení. Postižení mozku může být jak drobné a krátkodobé, bez zjištěných změn v mozkové tkáni, tak velmi těžké a trvalé, spojené s rozsáhlým postižením mozku. Porucha v krevním zásobení mozku může být způsobena poškozením cév zásobujících nitrolebí i mimo ně, nebo onemocněním srdce, jinou poruchou krevního oběhu nebo některými hematologickými poruchami. Příčiny se mohou vzájemně kombinovat.
- CMP rozdělujeme do dvou základních skupin: na ischemické mozkové příhody a mozková krvácení. Ischemické tvoří přibližně 75% a hemoragie 25%. (Tyrlíková a kol. 2008)
- Dále onemocnění rozdělujeme podle průběhu:
 - *Tranzistorní ischemická ataka (TIA):* Tranzistorní ischemická ataka je charakterizována náhlým vznikem ložiskových příznaků, v důsledku nedostatečného zásobení mozku krví, mizí do 24 hodin bez reziduí. TIA je varovným příznakem hrozícího iktu. (Seidl, 2008)
 - *Reverzibilní ischemický neurologický deficit (RIND):* Reverzibilní ischemický neurologický deficit se upravuje déle než 24 hodin, zdravotní stav se upraví a pacient je zcela bez následků.
 - *Progredující iktus:* Progredující iktus se neukončí do 24 hodin a dále se rozvíjí.
 - *Dokončený iktus:* Dokončený iktus je trvalý a nenávratný. (Wikiskripta, 2010).

Rizikové faktory neovlivnitelné:

- Věk
- Pohlaví
- Genetika
- Rasa
- Meteorologické faktory

Rizikové faktory ovlivnitelné:

- Vysoký krevní tlak
- Srdeční onemocnění
- Ateroskleróza
- Diabetes mellitus
- Dyslipidemie
- Obezita
- Hemoglobin a hematokrit
- Alkohol
- Kouření
- Hormonální antikoncepce
- Tranzitorní ischemická ataka

Klinický obraz:

- Porucha hybnosti
- Porucha citlivosti
- Poruchy zraku
- Poruchy vyšší nervové činnosti
- Mozečkové a vestibulární poruchy
- Kmenové poruchy
- Poruchy vědomí
- Cefalea
- Nevolnost a zvracení

Diagnostika:

- Anamnéza
- Fyzikální vyšetření
- neurologické vyšetření
- EKG
- EEG
- RTG srdce plic a lebky
- Lumbální punkce

- Vyšetření očního pozadí
- Laboratorní vyšetření krve – FW, KO, BIOCH, krevní plyny, hemokoagulace
- CT
- případně MR
- sonografie karotid (Slezáková, Mikušová, Pavlíková, 2002)

Léčba:

- Při diagnostice má být zahájena léčba akutní fáze iktu v prvních 12 až 24 hodinách od vzniku příhody na JIP, eventuálně na iktové jednotce. Pokud je nemocný přijat až po 12 eventuálně 24 hodinách, probíhá léčba na standardním lůžku, pokud se nevyskytnou jiné důvody pro monitorování fyziologických funkcí. (Kalita, 2006).
- Cílem léčby ischemické cévní mozkové příhody je dosáhnout, pokud možno co nejdříve, úpravy klinického i funkčního stavu pacienta a v rámci sekundární prevence zabránit její recidivě.
- Léčba akutního iktu zahrnuje celkovou stabilizaci pacienta, specifickou terapii, profylaxi a léčbu komplikací, časnou sekundární prevenci a časnou rehabilitaci.

Léčba ischemie:

- trombolýza
- oxygenoterapie
- sonotrombotrypse – rozbíjení trombů ultrazvukem
- vazodilatační léčba
- antikoagulancia
- antihypertenziva
- mechanická rekanalizace

Léčba hemoragie:

- neurochirurgická konzultace
- oxygenoterapie
- antiedematózní léčba
- operační odstranění nebo zmenšení hematomu

Zásady správné životosprávy:

- Nekouření
- Zdravá výživa – přiměřená, pestrá, vyvážená
- Pohybová aktivita – např. každodenní procházky a alespoň jednou týdně se věnovat nějakému sportu, např. plavání
- Snížit příjem alkoholu – bezpečná denní dávka alkoholu je 2dcl vína za den
- Dostatek spánku – alespoň 6-8 hodin za 24 hodin
- Optimismus, dobrá nálada a radost ze života
- Vyvarovat se působení škodlivých látek a obecně škodlivých rizikových faktorů; např. psychické vypětí, drogy, jednorázové tělesné zatížení, nedostatek tělesného pohybu

Projevy zdravého životního stylu:

- Přiměřená hmotnost – normální hmotnost dle BMI 18,5 – 24,9
 - Normální krevní tlak – systolický 100-140mmHg, diastolický 60-90mmHg
 - Nízká hladina cholesterolu v krvi
 - Dobrá tělesná kondice a výkonnost, nízká únavnost
 - Dobrá psychická pohoda
 - Vysoká odolnost vůči nemocem
- Fixační fáze: celkový souhrn podstatných informací, při nejasnostech objasnit podané informace
 - Charakteristika onemocnění
 - Rizikové faktory neovlivnitelné
 - Rizikové faktory ovlivnitelné
 - Klinický obraz
 - Diagnostika
 - Léčba ischemie a hemoragie
 - Zásady správného životního stylu

- Hodnotící fáze: rozhovor, otázky pro pacienta
 - Na konci edukace jsem kladla pacientce otázky pro kontrolu efektu edukace. Dokázala mi odpovědět a ve stručnosti shrnout charakteristiku onemocnění, týkající se rizikových faktorů, klinického obrazu, diagnostiky a léčby
 - Zná zásady správného životního stylu
 - S pacientkou se mi spolupracovalo dobře

1. Víte, jaká je příčina vzniku cévní mozkové příhody?
2. Jaké znáte příznaky, charakteristické pro cévní mozkovou příhodu?
3. Vyjmenujte alespoň 4 rizikové faktory.
4. Jaké jsou zásady správné životosprávy?

Porovnání vstupního a výstupního testu

<i>Vstupní test</i>	<i>ano/ne/nevím</i>
Dostala jste někdy kontrastní látku?	ne
Léčíte se pro alergie?	ne
Užíváte léky proti srážení krve?	ne
Znáte význam pojmu trombolýza?	ne
Víte, proč se trombolýza podává?	ne
Vyskytla se někdy u vás cévní onemocnění mozku?	ne
Je důležité udržovat zdravý životní styl při této nemoci?	nevím
Víte, čemu se máte vyvarovat?	ne
Znáte komplikace cévní mozkové příhody?	ne
Byla jste někdy u neurologa?	ano

<i>Výstupní test</i>	<i>ano/ne/nevím</i>
Dostala jste někdy kontrastní látku?	ne
Léčíte se pro alergie?	ne
Užíváte léky proti srážení krve?	ano
Znáte význam pojmu trombolýza?	ano
Víte, proč se trombolýza podává?	ano
Vyskytla se někdy u vás cévní onemocnění mozku?	ne
Je důležité udržovat zdravý životní styl při této nemoci?	ano
Víte, čemu se máte vyvarovat?	ano
Znáte komplikace cévní mozkové příhody?	ano
Byla jste někdy u neurologa?	ano

4.5 Vyhodnocení

Edukaci, kterou jsem prováděla, jsem realizovala u pacientky po trombolýze. Pacientka má 56 let, prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodou a dostala trombolýzu. Její fyzický stav, zdravotní problémy a edukační potřeby jsem posoudila podle M. Gordonové. Připravila jsem si pro pacientku vstupní test, obsahující kladené otázky, týkající se dané problematiky. Testy vyplnila před a po realizaci edukace, abych je mohla záhy porovnat.

Edukaci jsem prováděla ve 3 edukačních jednotkách po 25-ti minutách. V první edukační jednotce jsem pacientku seznámila s pojmem trombolýza a důvodem, proč se podává. Druhá edukační jednotka pojednává o dispenzarizaci pacienta a ve třetí edukační jednotce jsem pacientku edukovala o rizikových faktorech cévní mozkové příhody a udržování zdravého životního stylu. Používala jsem písemné pomůcky, audiovizuální pomůcky, praktické pomůcky, týkající se invazivních vstupů, dále informační letáky, brožury a publikace.

Stanovila jsem si edukační cíle, které se podařilo splnit, edukace je ukončena na základě splněných cílů. Pacientka výborně spolupracovala a byla ochotna přijmout nové vědomosti.

4.6 Návrhy a doporučení pro praxi

Na podkladě dané problematiky a realizací edukačního plánu u pacientky po trombolýze s onemocněním cévní mozková příhoda, jsme dospěli k závěru, že je potřebné:

- Uplatňovat edukační proces jak metodu
- Zvyšovat odbornou kvalifikaci sester a jejich úroveň vědomostí
- Uspokojovat biologické, psychologické, sociální potřeby a duchovní potřeby u pacientů
- Přistupovat k pacientovi holistickým přístupem
- Aktivně zapojovat pacienta a jeho rodinu do uzdravování
- O všem pacienta edukovat
- Informace podávat jasně, srozumitelně a bez odborných výrazů
- Doporučit pacientovi odbornou literaturu nebo internetové zdroje o dané problematice
- Podporovat pacienta z psychologického hlediska
- Ošetrovatelskou péčí poskytovat kvalitně a efektivně
- Snažit se zajistit pacientovi pohodlí po dobu hospitalizace

Závěr

Onemocnění cévní mozková příhoda patří mezi závažné onemocnění a je třetí příčinou smrti hned po kardiovaskulárním onemocněním a rakovině. Toto onemocnění vážně změní nemocnému život. Postižený se stává nesoběstačný, nedokáže vykonávat každodenní potřeby, jako jsou vyprazdňování, stravování, oblékání, osobní hygiena atd. a je odkázán na pomoc druhých. Důležitá je včasná diagnostika, okamžité zahájení léčby a v neposlední řadě neprodleně navazující rehabilitace.

Cílem práce bylo realizovat edukační proces u pacientky po trombolýze s cévní mozkovou příhodou. V rámci edukačního plánu pacientka vyplnila vstupní test obsahující otázky týkající se onemocnění a trombolytické léčby, na který odpovídala formou odpovědí ano, ne. Po realizaci edukačního plánu pacientka vyplnila výstupní test se stejnými otázkami a po srovnání se vstupním testem bylo zjištěno, že cíl byl splněn.

Důležité je navázání důvěry mezi sestrou a pacientem. Nemocný by měl vědět, že se může na sestru nebo na kohokoli jiného ze zdravotnického personálu kdykoliv obrátit a požádat o pomoc. Pacient a jeho rodina potřebují mnohdy odbornou psychologickou pomoc, kterou jsme schopni poskytnout.

Pro úspěšnost léčby je důležité, aby spolupracovalo několik odborníků, jako jsou neurolog, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog a jiní specialisté, důležití pro léčbu cévního onemocnění mozku. Nedílnou součástí je i práce zdravotních sester. Na nich mnohdy záleží nejvíce jak se nemocný s důsledky choroby vyrovná. Proto je důležité, aby sestra byla nejen empatická, ale i vzdělaná a uměla na pacientovy otázky správně odpovědět.

Nemocný s touto problematikou prožívá stres a strach o své zdraví z neznáma. Proto potřebuje mít kolem sebe své blízké, aby nebyl v těžkých okamžicích svého života sám. Psychická podpora je pro jedince to nejdůležitější.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné monografické publikace

- AMBLER, Z., et al. 2004. *Klinická neurologie. Část obecná.* Praha: Triton, 2004. s. 927. ISBN 80-7254-556-6.
- BERLIT, P., 2007. *Memorix neurologie.* 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 447. ISBN 978-80-247-1915-3.
- BHARDWAJ, A., MIRKSI, A., 2011. *Handbook of Neurocritical Care, Second Edition.* New York: Springer Science+Business Media, LLC 2011. s. 341. ISBN 978-1-4419-6841-8.
- HERZING, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody.* Praha: Maxdorf 2008. s. 84. ISBN 978-80-7345-148-6.
- JUŘENÍKOVÁ, J., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s.74. ISBN 978-80-247-2171-2.
- MILLER, J., FERRO, J., 2011. *Evidence-based Management of stroke, First Edition.* New York: Nikki Bramhill BSc Hons Dip Law, June 2011. s. 421. ISBN 978 1 903378 762.
- KALINA, M., a kol., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi.* Praha: TRITON, 2008. s. 229. ISBN 978-8-7387-107-9.
- KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody.* Praha: Maxdorf, 2006, s. 614. ISBN 80-85912-26-0.
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 347. ISBN 978-80-247-1830-9.

- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika v ošetrovatelství*. Praha: Portál, s. r. o., 2010. s. 125, ISBN 978-80-7367-684-1.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. s.253. ISBN 978-80-8063-321-9.
- NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. 2011. *Manuál k úpravě písemných prací: text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Plzeň: Maurea. 2011. s. 84. ISBN 978-80-92876-8-6.
- SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. s.163. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Z; OBENBERGER, J., 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada publishing, 2004. s. 363. ISBN 80-247-0623-7.
- SLEZÁKOVÁ, Z., MIKUŠOVÁ, D., PAVLÍKOVÁ, S., 2002. *Neurologické ošetrovatelstvo*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002. s.163. ISBN 80-8063-106-9.
- ŠECLOVÁ, S., 2004. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. s. 199. ISBN 80-247-0592-3.
- TYRLÍKOVÁ, I., a kol., 2008. *Neurologie pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2008. s. 287. ISBN 80-7013-287-6.
- VOKURKA, M., HUGO. J., 2004. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf , 7. rozšířené vydání, Praha 2004, s. 490. ISBN 80-7345-009-7.

Tištěné seriálové publikace

- Diagnóza v ošetrovatelství. 2007. Iktová jednotka, Neurologická klinika, FN Brno-Bohunice. 2007-roč. 3., č. 2.-.2007-. ISSN 1801-1349.
- Florence. 2006. Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN, Praha. 2006-roč. 2, č.6.-.2006-. ISSN 1801-464.

Internetové zdroje

- Wikiskripta. Ischemie mozku. 2010. [online]. [citováno 1.5.2012] Dostupné na internetu: [http://www.wikiskripta.eu/ischemie mozku](http://www.wikiskripta.eu/ischemie_mozku).
- Wikipedie. Ischemie mozku. 2012. [online]. [citováno 1.5.2012] Dostupné na internetu: [http://www.wikipedia.org/wiki/cévní mozková příhoda](http://www.wikipedia.org/wiki/cévní_mozková_příhoda).

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690:2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Glasgow coma scale

Příloha B – CT mozku – ischemie

Příloha C – lék Actilysa

Příloha D – Dieta při užívání Warfarinu

Příloha E – leták – Dieta při užívání Warfarinu

Příloha F – leták – Cévní mozková příhoda

Příloha G – Rešerše

PŘÍLOHA A – Glasgow coma scale

Otevření očí	dospělí a větší děti	malé děti
1	neotvírá	neotvírá
2	na bolest	na bolest
3	na oslovení	na oslovení
4	spontánně	spontánně
Nejlepší hlasový projev		
1	žádný	žádný
2	nesrozumitelné zvuky	na algický podnět sténá
3	jednotlivá slova	na algický podnět křičí nebo pláče
4	nedekváttní slovní projev	spontánně křičí, pláče, neodpovídající reakce
5	adekváttní slovní projev	brouká si, žvatlá, sleduje okolí, otáčí se za zvukem
Nejlepší motorická odpověď		
1	žádná	žádná

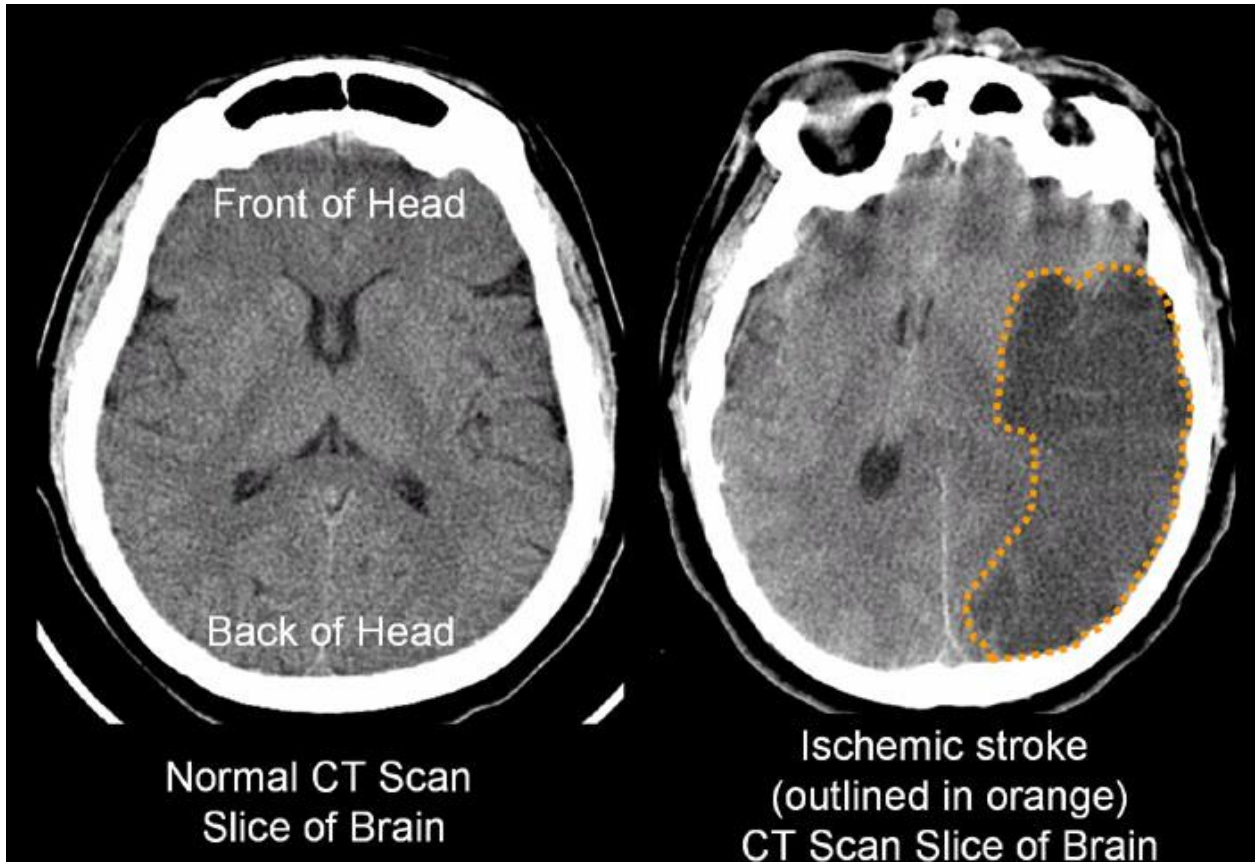
2	na algický podnět nespecifická extenze	na algický podnět nespecifická extenze
3	na algický podnět nespecifická flexe	na algický podnět nespecifická flexe
4	na algický podnět úniková reakce	na algický podnět úniková reakce
5	na algický podnět cílená obranná reakce	na algický podnět cílená obranná reakce
6	na výzvu adekvátní motorická reakce	normální spontánní pohyblivost
Vyhodnocení		
nad 13	žádná nebo lehká porucha	
9–12	středně závažná porucha	
do 8	závažná porucha	

Hodnocení

- Hodnoty GCS se mohou pohybovat pouze v intervalu 15–3. Pro hrubé hodnocení stavu pacienta lze poruchu vědomí rozdělit do tří stupňů na
 - **lehkou** (GSC 15–13),
 - **střední** (GSC 12–9),
 - **těžkou** (GSC 8–3) poruchu vědomí.

Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Glasgow_Coma_Scale

Příloha B – CT mozku - ischemie



Zdroj:

http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/images/stories/medicina/neurologie/ischemicka_cmp.jpg

Příloha C – lék Actilysa



Zdroj:

[http://www.csh.org.tw/into/pharm/%A5%CE%C3%C4%A6w%A5%FE/picture/actilyse\(TPA\).JPG](http://www.csh.org.tw/into/pharm/%A5%CE%C3%C4%A6w%A5%FE/picture/actilyse(TPA).JPG)

Příloha D - Dieta při užívání Warfarinu

V naší populaci každoročně vzrůstá počet pacientů, kteří užívají antikoagulační léčbu (léky, které zpomalují srážení krve). Rozšíření skupin pacientů, jenž jsou nyní léčeni antikoagulační léčbou, je vyvoláno jednak stárnutím populace a jednak zlepšováním zdravotní péče. Významnou roli hrají také nové výzkumy, poukazujícími na to, že nasazení antikoagulační léčby či její prodloužení přináší profit pacientům s chorobami, o kterých se to dříve nepředpokládalo.

V našich podmínkách jsou používány preparáty Warfarin a Lawarin. Působí zpomalením srážení krve snížením aktivity faktorů nezbytných pro tento děj. Účinek léčby kontroluje ošetřující lékař pomocí laboratorního vyšetření (Quickův test), které spolehlivě ukáže, zda je dávka Warfarinu či Lawarinu pro daného pacienta vyhovující. Výsledek se udává jako INR (mezinárodní normalizovaný poměr). Při léčbě antikoagulancii hodnota INR stoupá. Například INR 2,5 znamená, že krev léčeného jedince se sráží 2,5krát pomaleji než krev pacienta, který antikoagulancia neužívá. Lékař udržuje INR v doporučeném rozmezí podle toho jakou chorobou pacient trpí a podle celkového zdravotního stavu pacienta.

Vitamín K je nezbytný pro tvorbu faktorů, zajišťujících srážení krve a aktivuje je. Na druhé straně ovlivňuje také tvorbu přirozených faktorů zabraňujících srážení krve. Jejich nedostatek může vést paradoxně ke vzniku trombóz. Vitamín K je důležitý pro tvorbu kostní hmoty, zpomaluje její odbourávání a působí proti řídnutí kostí (osteoporóze).

Polovinu vitamínu K získává člověk z potravy. Zbylou polovinu vyprodukují střevní bakterie každého z nás. Přestože je vitamín K rozpustný v tucích, nejsou jeho zásoby v lidském těle nikterak velké. V těle ovšem dochází k jeho znovu obnovování, chcete-li recyklaci. Tomu zabraňují Warfarin či Lawarin.

Podstatou účinku antikoagulační léčby (Warfarin, Lawarin) je snížení tvorby a aktivity faktorů zajišťujících srážení krve, prostřednictvím snížení vlivu vitamínu K na jejich tvorbu a aktivaci.

Antikoagulační léčba dokáže tam, kde její podávání opodstatněno, snížit úmrtnost, prodloužit a zkvalitnit život nemocných. Avšak na druhou stranu její nadměrný ale i nedostatečný účinek s sebou přináší komplikace, a to jak krvácivé při zvýšení účinnosti, tak trombotické při sníženém účinku.

Aby byla antikoagulační léčba co možná neúčinnější a bezpečná bývá nutné zabránit kolísání jejího účinku. K důležitým faktorům zvyšujícím účinek warfarinu patří horečka, průjem, náhlé snížení příjmu potravy, nadměrná konzumace alkoholu a užívání některých léků, například antibiotik

Při horečnatém onemocnění či průjmu trvajícím několik dní se tedy doporučuje jednorázově snížit dávku Warfarinu nebo Lawarinu o 0,5-1 tabletu, pokud nedoporučí ošetřující lékař jiný postup. Dále pacient pokračuje v zavedené léčbě. V nejbližším možném termínu je třeba provést kontrolu INR.

Alkohol také zvyšuje účinky antikoagulační léčby. Bez rizika velkého rozkolísání jejího účinku lze vypít 0,5 l piva, 2dcl vína, nebo 0,5dcl destilátů denně. Protože alkohol významně zhoršuje průběh některých chorob (zánět slinivky, nemoci jater, srdce) je vždy nezbytné respektovat v tomto směru doporučení ošetřujícího lékaře.

Významnou příčinou kolísání účinku antikoagulační léčby by mohl být nadměrný či spíše kolísající příjem vitamínu K potravou.

Nabízí se proto otázka, zda by nebylo vhodné vyloučit z jídelníčku potraviny, obsahující velké množství vitamínu K, zejména zeleninu.

Denní doporučená dávka vitamínu K uváděná v literatuře je 80 ug pro muže a 70 ug pro ženy. Aby se vitamín K vstřebal ze střeva, musí být přítomen tuk. Pokud bychom zcela vyloučili z jídelníčku zeleninu, stejně takto nezaručíme stálý přísun stálý přísun přiměřený přísun vitamínu K potravou. Zdroje bohaté na vitamín K jsou listová zelenina, játra, bylinkové čaje a zelený čaj. Nižší množství vitamínu K lze nalézt v mase hlavně kuřecím, rostlinných tucích.

Pozor při antikoagulační léčbě Warfarinem či Lawarinem není vhodné podávání syntetického vitamínu v jakékoliv formě včetně potravinových doplňků.

Úplné a striktní vyloučení potravin s obsahem vitamínu K není vhodné. Může totiž paradoxně vést také ke kolísání v intenzitě krevní srážlivosti (INR). Po požití běžné dávky vitamínu K potravou, čemuž nelze čas od času zabránit dochází k prudkému snížení krevní srážlivosti, které může vést ke komplikacím léčby.

Naopak doporučen je obvyklý přísun vitamínu K stravou. Množství konzumovaného vitamínu by se měl pohybovat od 50 ug do 300 ug denně.

Velmi rizikový je také vysoký příjem vitamínu K potravou, který se pohybuje mezi 300 ug až 750 ug vitamínu K. Pro pacienty, kteří se stravují takovým způsobem je nanejvýš nutné změnit své stravovací návyky. Přímou je jako zdraví nebezpečný lze označit přísun vitamínu K nad 750 ug denně.

Vzhledem k delšímu poločasu účinku warfarinu v lidském těle, je třeba, aby přísun vitamínu K byl shodný každé dva či tři dny.

Správně sestavená dieta pro pacienta užívajícího léčbu k ředění krve musí respektovat stálý přísun vitamínu K. Hladina vitamínu K v těle nekolísá nikterak rychle.

Potraviny z hlediska množství vitamínu K rozdělujeme do několika skupin:

1. Potravin, které obsahují malá množství vitamínu K a jsou bezpečné při léčbě Wafarinem či Lawarinem

Neovlivňují hladinu vitamínu K ani účinek léčby, pacienti je smí jíst podle potřeby, v souladu s ostatními dietními doporučeními.

2. Potravin, jejichž příjem musí pacienti pečlivě hlídat, například zelí, rebarbora, fazole, okurka, hrách, mrkev, květák, maliny, ostružiny, borůvky, dýně, tuňák, kiwi, mango.

3. Potravin s velmi vysokým obsahem vitamínu K. Navíc množství vitamínu K může kolísat. Zařazování těchto potravin do jídelníčku bývá rizikové, například zelí, čekanka, ledový salát, chřest, kapusta, špenát, brokolice.

4. Potravin, které mají sice velmi vysoký obsah vitamínu K, ale používají se ve velmi malých množstvích, například řeřicha, petržel, kopr, celerová nať.

5. Potravin s velmi proměnným obsahem vitamínu K, například kuřecí, krůtí, hovězí maso, sója, sojová mouka, kysané zelí.

Nevhodné je omezit příjem ovoce a zeleniny.

1. Ovoce – obsahuje vitamíny, minerály a vlákninu. Z hlediska obsahu vitamínu K patří většina druhů ovoce mezi potraviny bezpečné, které je možno konzumovat v množstvích pro diabetika obvyklých. Pozor je třeba dát na borůvky, dýni, mango, kiwi, maliny či ostružiny.

2. Zelenina – není pravdou, že všechny druhy zeleniny mají vysoký obsah vitamínu K. Vysoká množství vitamínu K nacházíme v listové zelenině. Zelenina kořenová bývá na vitamín K výrazně chudší.

Listová zelenina

Procento vitamínu K v listové zelenině se liší nejen podle druhu, ale také podle zralosti, podle způsobu skladování po sklizni, podle způsobu konzervace, například mléčné kvašení zvyšuje množství vitamínu K. Dalším faktorem, který ovlivňuje obsah vitamínu K, je množství slunečních paprsků, které na zeleninu dopadaly, například je rozdíl, zda se jedná o vnější či vnitřní list (zelí, hlávkový salát či kapusta) atd. Rovněž se nedá odhadnout jaká část vitamínu K se z těchto potravin vstřebá. Listovou zeleninu zařazujeme do jídelníčku opatrně a zřídka. Je-li to možné nahradíme jí zeleninou kořenovou, zralými rajčaty, okurkami, paprikami. Relativně nízký obsah vitamínu K mají také brambory. Kysané zelí nebo jiné druhy kysané listové zeleniny nejsou vhodné, do jídelníčku je nezařazujeme.

Když přesto nechceme listovou zeleninu z jídelníčku zcela vynechat, tak jí používáme malá množství 10-20 g, například ozdoba z hlávkového či ledového salátu, čínské zelí, polníčku, rukoly nebo několik růžiček kapusty, kousek brokolice případně květáku jako přídavek do polévky apod. Vždy použitá množství vitamínu K v zelenině započítáme do celkového denního příjmu vitamínu K. Špenátu listovému či špenátovému protlaku se vyhneme, nahradíme ho například dušenou mrkví. Zelí jako přílohu k některým pokrmům, například naše oblíbené národní „vepřo-knedlo-zelo“ si jistě nemocný užívající warfarin či Lawarin odřící nemusí, jen nahradí zelí kysané a raději i zelí sladké, zelím kedlubnovým.

Zelené natě používané jako koření obsahují velká množství vitamínu K, avšak jako přísada do pokrmů se užívají jen velmi malá množství, například petrželka, nat' libečku či celeru, kopr, řeřicha, pažitka, portulák a jiné. V těchto množstvích je jistě používat pacienti užívající antikoagulační léčbu mohou. Ovšem opět platí i zde, že nebudou tvořit hlavní část pokrmu, například v některých zemích oblíbené saláty z řapíkatého celeru či petrželové nati není rozumné do jídelníčku zařazovat.

Vzhledem k příznivým účinkům zeleniny na náš organismus musíme zachovat doporučené množství 300-500g zeleniny na den. Zelenina má minimální energetickou hodnotu, obsahuje cenné vitamíny, minerály a vlákninu. Vlákna snižuje glykemický

index potravy, snižuje hladinu cholesterolu a tuků v krvi, pomáhá při redukci hmotnosti a reguluje zažívání. Zeleninou se snažíme doplnit každé hlavní jídlo a můžeme ji konzumovat bez omezení i mezi jídly. Po minimalizaci přísunu listové zeleniny nám stále ještě zbývá mnoho druhů zeleniny, které je možné zařazovat do jídelníčku diabetiků užívajících léky zpomalující srážení krve.

Všechny druhy kořenové zeleniny patří mezi bezpečné potraviny. Mrkev, celer, kořenová petržel, pastinák, ředkvičky mají velmi nízký obsah vitamínu K.

Vhodné jsou také okurky, zralá rajčata, papriky, brambory, které obsahují malá množství vitamínu K. Ani houby není nutné v jídelníčku omezovat. Naopak jmenované druhy potravin zařazujeme do jídelního plánu denně a snažíme se jimi doplnit každé jídlo. Proto abychom se co nejvíce přiblížili výše uvedeným doporučením.

Drůbeží maso, zejména kuřecí a krůtí, má nepravidelný obsah vitamínu K, který kolísá podle druhu potravy, kterým je drůbež krmena. Drůbež z velkochovů nebývá krmena zeleným krmivem, a proto její maso mívá nízké hodnoty vitamínu K. Proto konzumace drůbežního masa podléhá stejným pravidlům jako konzumace potravin kontrolovaných. Vepřové maso má sice nízký obsah vitamínu K, ale jeho výměna za maso drůbeží není vždy žádoucí. Rozhodně by tak neměli postupovat pacienti mající zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi ani pacienti s obezitou či nadváhou.

Stejný problém jako s masem drůbežím nastává také s hovězím. Přesto se pacienti užívající antikoagulační léčbu nemusí těchto druhů masa zříci trvale. Ovšem je třeba dodržovat určitá pravidla. Je vhodné konzumovat maximálně 100 g tohoto masa na porci a odvažovat ho. Také bývá nezbytné zvolit vhodnou kuchyňskou úpravu, například kuřecí nudličky připravené se zeleninou či houbami, kuřecí maso zapečené s brambory.

Pacienti užívající antikoagulantia se musí vyvarovat konzumace vnitřností hlavně jater.

I tuky obsahují vitamín K. Zmíníme se hlavně o rostlinných olejích, které by měli krýt 2/3 naší konzumace tuků. Olej olivový a sojový mají vysoké hodnoty vitamínu K. Doporučené oleje jsou olej řepkový a slunečnicový s nízkým obsahem vitamínu K. Úplné vyloučení tuků z jídelníčku není vhodné, proto že by došlo ke snížení vstřebávání vitamínů rozpustných v tucích. Nejen vitamínu K, ale i vitamínu A D E.

Vaječný bílek obsahuje nevýznamná množství vitamínu K. Naopak vaječný žloutek má vysoký obsah vitamínu K, například jeden žloutek obsahuje asi 44 ug vitamínu K.

Hrách, fazole nebo čočka mají spíše nižší hodnoty vitamínu K. Mezi bezpečné potraviny nepatří sója a cizrna. I když údaje z literatury se v tomto směru značně liší.

Výrobky z mouky a ze zrní, tedy hlavně chléb a pečivo jsou, pokud se týká obsahu vitamínu K, bezpečné potraviny.

Rizikové a tedy i nevhodné jsou bylinkové čaje, zejména třezalkový a kopřivový čaj. Ty je velmi žádoucí z jídelníčku vynechat. A to i přestože jsou jistě velmi zdravé a léčivé pro ostatní populaci. Stejně jako zelený čaj, kterého se je třeba také vyvarovat. Lze je nahradit čajem černým a případně i čaji ovocnými. Vynechat je nutné i přípravky z obsahem výtažků jinanu dvoulaločného (ginko biloba) nebo ze zeleného čaje.

Bez rizika je možno vypít maximálně jeden alkoholický nápoj denně, například půl litr piva, 2 dcl vína, 0,5 dcl tvrdého alkoholu. Jedenkrát týdně je možné tuto dávku zvýšit na dvojnásobek. Vyšší množství alkoholu je pro stálý účinek Warfarinu rizikové.

Jídelníček by měl být dostatečně pestrý, proto není zvýšení přísun těchto přípravků nutný. Pokud se pacient přesto rozhodne nějaký preparát užívat, měl dát pozor na obsah vitamínu K v preparátu. Některé mohou obsahovat i 50 ug vitamínu K v jedné dávce.

Vyvážený jídelníček respektující zásady racionální výživy se stabilním přísunem vitamínu K zabrání kolísání antikoagulační aktivity, nevede k urychlení aterosklerózy ani k růstu tělesné hmotnosti.

Základní zásady, které je nutné respektovat při antikoagulační léčbě:

1. Přijímat v potravě stále množství vitamínu K během po sobě jdoucích dvou až tří dnů
2. Vyhybat se náhlým změnám v množství případně ve složení potravy
3. Nekonzumovat větší množství alkoholu než je povoleno ošetřujícím lékařem
4. Vyvarovat se jakýchkoliv jídelních excesů
5. Vynechat nebo omezit rizikové potraviny: kávu, zelený čaj, třezalkový a kopřivový čaj, preparáty s výtažky z ginko biloby, sojový a olivový olej, sóju, cizrnu, vnitřnosti, nařové zeleniny ve větším množství, například saláty z řapíkatého celeru, kysané zelí, špenát.

Zdroj: <http://www.diazivot.cz>

Příloha E – leták – Dieta při užívání Warfarinu

DIETA PŘI UŽÍVÁNÍ WARFARINU

Ze svého jídelníčku by jste měli vyloučit tyto nevhodné potraviny:

- ✓ Nepoužívat bylinkové čaje – zelený čaj
- ✓ Během léčby Warfarinem je nutno zcela vyloučit z potravy části rostlin, které obsahují nebo obsahovaly chlorofyl – listovou zeleň
- ✓ Dále vyloučit červenou řepu, avokádo, zelenou listovou zeleninu – špenát, zelí, není vhodné ani červené zelí, kyselé nebo dušené, čínské zelí, hlávkový salát, kapustu, brokolici, pórek, nať, petržele, pažitku
- ✓ Je nutné také vyloučit ze stravy rajčata, papriku.
- ✓ Z ovoce vylučujeme kiwi

V malém množství je možné kořenovou zeleninu:

- ✓ Mrkev
- ✓ Celer
- ✓ Petržel
- ✓ Ředkvičky
- ✓ 1 malé zralé rajče
- ✓ Malé množství luštěnin
- ✓ Zralé ovoce je možno jíst v přiměřeném množství
- ✓ Při přípravě pokrmů není vhodné používat větší množství rostlinného oleje



Návrh jídelního lístku pro pacienty užívající Warfarin:

Snídaně: Džus ředěný vodou, celozrnný rohlík, nízkotučný sýr

Přesnídávka: Jablko

Oběd: Grilované filé v bylinkách, vařené brambory, třešňový kompot dia

Svačina: 150ml nízkotučného jogurtu

Večeře: Čaj, celozrnný chléb, drůbeží šunka, 1 malé rajče

Snídaně: Čaj, musli neslazené s ovocem a netučným bílým jogurtem

Přesnídávka: Grapefruit

Oběd: Špagety boloňské se sýrovou omáčkou

Svačina: 0,2 l kefiru

Večeře: Králík po orientánsku, dušená rýže, kyselý okurek

Snídaně: Čaj, kukuřičné lupínky

Přesnídávka: Pomeranč

Oběd: Dušené kuře, dušená rýže, jablečný kompot dia

Svačina: 0,2 l podmáslí

Večeře: Vařené brambory, netučný tvaroh, mléko

Příloha F – leták – Cévní mozková příhoda

CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - nechoďte ji naproti!

Jak CMP předcházet?

- **Nekouřit**
- **Snížit příjem alkoholu**
- **Dodržovat pitný režim**
- **Nízkocholesterolová dieta**
- **Pohybová aktivita**
- **Nepřibírat na váze**
- **Pravidelné kontroly u lékaře**
- **Jíst ovoce a zeleninu**
- **Dostatek spánku**
- **Vyvarovat se stresu**

Cévní mozková příhoda:

- Tvoří 80% všech onemocnění
- Je to třetí největší příčina úmrtí hned po kardiovaskulárním onemocnění a rakovině
- Ve světě vznikne každých 45 sekund jedna cmp
- Vede k celosvětovému postižení

ODHALTE JI VČAS

NEČEKEJTE AŽ PŘIJDE



Příloha G - Rešerše

Trombolýza - léčba akutní ischemické CMP

AU: Bláhová, Ludmila

AD: Neurologické oddělení, Oblastní nemocnice, Kolín

CI: Diagnóza v ošetrovatelství, Roč. 6, č. 1 (2010), s. 18-19. ISSN: 1801-1349.

LA: cze RT: 3 - článek

DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - TERAPIE ; MOZEK - INFARKT ; TROMBOLYTICKÁ TERAPIE

- KONTRAINDIKACE, METODY ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ; LIDÉ

SG: 671 / B 2390

AN: 10008048

DT: 201004

Lokální intraarteriální trombolýza u akutních ischemických CMP

AU: Janoušková, Ladislava, 1950- - Kalina, Miroslav - Borůvka, Vladimír, 1954- - Vondráčková, Denisa

AD: Radiologické oddělení, Nemocnice na Homolce, Praha, Neurologické oddělení,

Nemocnice na Homolce, Praha

CI: Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Roč. 71/104, supl. (2008),

s. S31-S32. ISSN: 1802-4041.

LA: cze RT: 6 - abstrakt

AB: Neurovaskulární kongres, Ostrava, 4.-6. března 2008

DE: ABSTRAKTA

SG: 616 / A 4085

AN: 09003052

DT: 200911

Pozdní trombolýza u CMP

CI: Farmakoterapie, Roč. 4, č. 6 (2008), s. 655. ISSN: 1801-7509. Lit.: 1

LA: cze RT: 3 - článek

FT: www.farmakoterapie.cz/document/pdf/1087.pdf

SG: 207 / B 2388

AN: 07523830

DT: 200905

Současné možnosti léčby ischemické cévní mozkové příhody

AU: Tomek, Aleš - Šrámek, Martin

AD: Neurologická klinika FN Motol, Praha

CI: Kardiofórum, Roč. 5, č. 2 (2007), s. 12-22. ISSN: 1801-7606. Lit.:28

LA: cze RT: 3 - článek

FT: www.kardiologickeforum.cz/pdf/kf_07_02_04.pdf

AB: Cévní mozkové příhody (CMP) jsou dnes u nás třetí nejčastější příčinou úmrtí. Jedinou kauzální léčbou mozkové ischemie lege artis je intravenózní trombolýza rekombinanním tkáňovým aktivátorem plazminogenu (rtPA) do 3 hod od vzniku obtíží. Ta je však aplikovatelná jen u 3?10 % pacientů s CMP podle organizace záchranného systému. Pro naprostou většinu pacientů je zásadní správně zvolená sekundárně preventivní strategie na základě přesného určení etiologie (kardioembolická, nemoc malých a penetrujících tepen, nemoc velkých tepen, ostatní). Racionální farmakoterapie by se měla skládat z antitrombotika (antikoagulační nebo protidestičkové léky podle subtypu), antihypertenziva (výhodné inhibitory

angiotensin I-konvertujícího enzymu i pro svůj nehypotenzivní efekt) a statinu.

DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - DIAGNÓZA, PREVENCE A KONTROLA, TERAPIE ;

ANTIKOAGULANCIA - APLIKACE A DÁVKOVÁNÍ ; TROMBOCYTY - INHIBITORY AGREGACE

- APLIKACE A DÁVKOVÁNÍ ; SMĚRNICE PRO LÉKAŘSKOU PRAXI JAKO TÉMA ; LIDÉ

SG: 425 C / B 2300

AN: 07501421

DT: 200711

CMP - lokální intraarteriální trombolýza

AU: Tomečková, Anna

AD: 2. interní oddělení Městské nemocnice, Ostrava, CZ
CI: Sestra, Roč. 12, č. 9 (2002), s. 12-13. ISSN: 1210-0404.
LA: cze RT: 3 - článek
DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - DIAGNÓZA, PATOLOGIE, TERAPIE ; MOZEK - INFARKT
-
DIAGNÓZA, PATOLOGIE, TERAPIE ; TROMBOLYTICKÁ TERAPIE - METODY ;
DIAGNOSTICKÉ TECHNIKY NEUROLOGICKÉ - METODY ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE
SG: 674 / B 1775
AN: 02016522 DT: 200210
Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob po cévní mozkové
příhodě - kazuistiky
AU: Čeledová, Libuše - Čevela, Rostislav, 1953- - Kalita, Zbyněk, 1942- -
Vaňásková, Eva, 1953-
AD: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
CI: Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, Roč. 73-106, č. 6
(2010),
s. 728-733. ISSN: 1210-7859. Lit.: 13
LA: cze RT: 3 - článek
FT: www.csnn.eu/aobsah.htm
AB: Článek seznamuje s novou právní úpravou posuzování zdravotního stavu,
míry poklesu pracovní schopnosti a invalidity u stavů po cévních
mozkových příhodách (CMP). CMP představují jednu z nejčastějších příčin
úmrtí v České republice, ale patří také mezi nejzávažnější
invalidizující
onemocnění z neurologických příčin. Autoři prostřednictvím kazuistik
dokládají rozhodující vliv komplexního detailního popsání závěrů
neurologických vyšetření na posudkové zhodnocení zdravotního stavu a
pracovní schopnosti posuzovaných osob. Současně upozorňují, že nové
pojetí posuzování invalidity klade důraz na funkční schopnosti,
aktivity
a participace.
DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - KOMPLIKACE, TERAPIE ; NESCHOPNOST - POSUZOVÁNÍ
;
DŮCHOD - KLASIFIKACE, STATISTIKA A ČÍSELNÉ ÚDAJE, TRENDY ; PRACOVNÍ
SCHOPNOST - POSUZOVÁNÍ ; DIAGNOSTICKÉ TECHNIKY NEUROLOGICKÉ - VYUŽITÍ ;
ZDRAVOTNÍ STAV ; PROGNOZA ; KVALITA ŽIVOTA ; STATISTIKA JAKO TÉMA ;
SMĚRNICE PRO LÉKAŘSKOU PRAXI JAKO TÉMA ; SOCIÁLNÍ PÉČE - ZÁKONODÁRSTVÍ
A
PRÁVO ; LIDÉ ; KAZUISTIKY
SG: 616 / A 4085
AN: 10033631 DT: 201106
Evropa pro každý věk
AU: Holmerová, Iva, 1955-
AD: Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP, Praha
CI: Medical tribune, Roč. 6, č. 6 (2010), s. C1, C7 temat. příl.. ISSN:
1214-8911.
LA: cze RT: 3 - článek
FT: www.tribune.cz/clanek/17143-evropa-pro-kazdy-vek
DE: LIDÉ ; STÁRNUTÍ - FYZIOLOGIE, PSYCHOLOGIE ; GERIATRIE - METODY, TRENDY
;
AKUTNÍ NEMOC - OŠETŘOVÁNÍ, TERAPIE ; GERIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ -
METODY,
TRENDY ; KOMUNITNÍ LÉKAŘSTVÍ - METODY, TRENDY ; CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA -
KOMPLIKACE, OŠETŘOVÁNÍ, TERAPIE ; ÚRAZY PÁDEM - PREVENCE A KONTROLA ;
PRIMÁRNÍ PREVENCE - METODY, TRENDY ; DELIRIUM - PREVENCE A KONTROLA ;
DEMENCE - DIAGNÓZA, PREVENCE A KONTROLA ; PREVALENCE ; RIZIKOVÉ FAKTORY
;
FEMUR - FRAKTURY KRČKU - OŠETŘOVÁNÍ, TERAPIE ; NEMOCNICE PRO CHRONICKÁ
ONEMOCNĚNÍ - TRENDY, VYUŽITÍ ; MOČ - INKONTINENCE - TERAPIE ; STAŘÍ
LIDÉ
- ZNEUŽITÍ - PREVENCE A KONTROLA ; KVALITA ŽIVOTA ; ETIKA LÉKAŘSKÁ ;

EVROPA ; NOVINOVÉ ČLÁNKY
SG: 1217 B / B 2365
AN: 10017164 DT: 201008
Paliativní léčba nemocných s cévní mozkovou příhodou
AU: Hromada, J.
AD: Hospic sv. Lukáše, Ostrava-Výškovice
CI: Neurologie pro praxi, Roč. 11, č. 1 (2010), s. 11-12. ISSN: 1803-5280.
Lit.: 11
LA: cze RT: 3 - článek
FT: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/04.pdf
AB: V posledních letech dochází k pozoruhodným pokrokům v léčbě akutních cévních mozkových příhod. U pacientů, kteří přežijí akutní fáze iktu, často přetrvávají výrazná omezení motorických a kognitivních funkcí a komunikativní problémy. Tento článek se zabývá základními otázkami paliativní léčby pacientů po CMP.
DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - OŠETŘOVÁNÍ, TERAPIE ; JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE -
VYUŽITÍ ; NEMOC - MANAGEMENT ; PALIATIVNÍ TERAPIE - METODY, VYUŽITÍ ; SMĚRNICE PRO LÉKAŘSKOU PRAXI JAKO TÉMA ; NEUROLOGICKÉ SYMPTOMY ; KVALITA ŽIVOTA ; PÉČE O UMÍRAJÍCÍ ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ; FARMAKOTERAPIE - METODY, VYUŽITÍ ; BOLEST - FARMAKOTERAPIE, TERAPIE ; LIDÉ
SG: 612 A / B 2224
AN: 10007549 DT: 201011
Terapeutický přístup k pacientům po CMP či poranění mozku
AU: Lepšíková, Magdaléna
AD: Klinika rehabilitace FN Motol, Praha
CI: Multidisciplinární péče, Roč. 2, č. 1 (2007). ISSN: 1801-0199. Lit.: 4
LA: cze RT: 3 - článek
FT: www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=114
AB: Cílem rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP) či jiném poranění mozku je dosáhnout maximální funkční nezávislosti. U těchto pacientů se ukázalo vhodné využívat tzv. 24 hodinového konceptu terapie, při kterém je nezbytná spolupráce lékařů, ošetřujícího personálu, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, logopedů, psychologů a rodinných příslušníků. Tento tým by měl při práci s pacientem používat shodné postupy a snažit se maximálně využívat schopností, jež mu zůstaly zachovány. Pouze stálým opakováním je pacient schopen naučit se nové pohybové dovednosti. V rámci úspěšné terapie však nejde jen o izolované procvičování svalů, je důležité s pacientem nacvičovat smysluplné, cílené aktivity, např. přesuny na lůžku, přesuny z lehu do sedu a dále do stoje, trénování sebeobsluhy atd. Pacient se tak naučí lépe vnímat a kontrolovat své tělo v prostoru, zapojovat postižené části těla do běžných denních aktivit, a zároveň je tak více motivován.
DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - OŠETŘOVÁNÍ, REHABILITACE, TERAPIE ; LIDÉ ; MOZEK - PORANĚNÍ - OŠETŘOVÁNÍ, REHABILITACE, TERAPIE ; KVALITA ŽIVOTA ; OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE - METODY ; PÉČE O SEBE - METODY, PSYCHOLOGIE ; TĚLO - POLOHA - FYZIOLOGIE ; MOTORICKÉ DOVEDNOSTI - PORUCHY - REHABILITACE, TERAPIE ; DOSPĚLÍ
AN: 07501681 DT: 200801
Komplexní rehabilitační péče o pacienta po CMP
AU: Nedvědová, Monika - Pátková, Olga
AD: Oddělení následné RHB péče B2, Rehabilitační klinika Malvazinky, Praha,

CZ

CI: Florence, Roč. 3, č. 1 (2007), s. 18-19. ISSN: 1801-464X.

LA: cze RT: 3 - článek

DE: REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ - METODY, PRACOVNÍ SÍLY, TRENDY ; CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - OŠETŘOVÁNÍ, REHABILITACE, TERAPIE ; KVALITA ŽIVOTA ; KAZUISTICKÝ PŘÍSTUP ; STAŘÍ ; TERAPIE - VÝSLEDEK ; FYZIKÁLNÍ TERAPIE - TECHNIKY - VYUŽITÍ ; HYDROTHERAPIE - METODY, VYUŽITÍ ; TERAPIE PRACÍ - METODY, VYUŽITÍ ; PACIENTI - VÝCHOVA - JAKO TÉMA - METODY ; LIDÉ ; MUŽSKÉ

POHLAVÍ

SG: 669 A / B 2389

AN: 07015529 DT: 200712

Cévní mozková příhoda (prevence a léčba mozkového iktu). 1. čes. vyd.

AU: Feigin, Valery L.

CI: Praha, Galén 2007. 207 s., il., tab., Obsahuje rejstřík a slovníček odborných výrazů ISBN: 978-80-7262-428-7

LA: cze RT: 2 - monografie

AB: Příručka pro pacienty a jejich rodiny

DE: NEUROLOGIE ; ANGIOLOGIE ; CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - OŠETŘOVÁNÍ, PREVENCE A

KONTROLA, TERAPIE ; RIZIKOVÉ FAKTORY ; KVALITA ŽIVOTA ; PÉČE O PACIENTA

;

PŘÍRUČKY ; POPULÁRNÍ PRÁCE

SG: K 81348

AN: 00154668 DT: 200702

Testování v rehabilitační praxi (cévní mozkové příhody). Vyd. 1

AU: Vaňásková, Eva, 1953-

CI: Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

2004. 65 s., tab., Literatura: s. 64-65 ISBN: 80-7013-398-8

LA: cze RT: 2 - monografie

DE: CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA - REHABILITACE ; KVALITA ŽIVOTA ; OSOBNÍ ÚJMA ZAVINĚNÁ NEMOCÍ ; STUPNICE DOPADU NEMOCI NA KVALITU ŽIVOTA ; NEUROPSYCHOLOGICKÉ TESTY ; REHABILITACE ; OBNOVA FUNKCE ; REHABILITACE

;

NEUROLOGIE ; PŘÍRUČKY

SG: K 77258

AN: 00116020 DT: 200409