

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S MYASTHENIA GRAVIS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KAMILA SKLENÁŘOVÁ

Praha 2013

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

KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA  
S MYASTHENIA GRAVIS

Bakalářská práce

KAMILA SKLENÁŘOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

Praha 2013



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

**Sklenářová Kamila**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 16. 4. 2012 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s Myasthenií Gravis

*Comprehensive Nursing Care of Patient with Myasthenia Gravis*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **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 .....

.....  
*Podpis*

## **Abstrakt**

SKLENÁŘOVÁ, Kamila. *Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s myasthenia gravis*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha 2013. 57 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní problematika léčby a péče o pacienta s myasthenia gravis při respektování jeho přirozených potřeb. Tato práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

Cílem bakalářské práce je komplexní zpracování ošetrovatelské a medicínské problematiky léčby a péče o pacienta s myasthenia gravis. Teoretická část je zaměřena na základní charakteristiku, diagnostiku, terapii onemocnění, psychologický a sociální aspekt, kvalitu života nemocného, ošetrovatelství na neurologických pracovištích a na etiku v ošetrovatelství. Cílem praktické části je navrhnout individuální plán ošetrovatelské péče s ohledem na holistickou péči za využití koncepčního modelu V. A. Hendersonové, ke stanovení ošetrovatelských diagnóz jsme využili Kapesního průvodce zdravotní sestry, NANDA I.

**Klíčová slova:** Myasthenia gravis. Myasthenický pacient. Všeobecná sestra. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelství. Model V. A. Hendersonové.

## **Abstract**

SKLENÁŘOVÁ, Kamila. Comprehensive Nursing Care for Patients with Myasthenia gravis. The College of Nursing, o.p.s. Level of qualification: Bachelor (BA). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Prague 2013, 57 p.

The topic of this work is complex problems of treatment and care of patients with myasthenia gravis while respecting his natural needs. This work contains theoretical and practical parts.

The aim of this work is a comprehensive process of the nursing and medical problems of treatment and care a patient with myasthenia gravis. The theoretical part is focused on basic characteristics, diagnosis, disease, a psychological and social aspects, a quality of patient life, nursing at neurological workplaces and on an ethics in nursing. The aim of the practical part is proposal an individual plan of nursing care with consideration to the holistic care using a conceptual model of V.A. Henderson, to determine the nursing diagnoses, we used pocket guide nurses NANDA I.

**Key words:** Myasthenia gravis. Myasthenic patient. General Nurse. Nursing care. Nursing. V. A. Henderson's model.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>11</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>12</b>
<b>1 Myasthenia gravis</b>	<b>12</b>
1.1 Imunopatogeneze	12
1.2 Klinický obraz	13
1.3 Diagnostika	16
1.4 Léčba	17
<b>2 Život s myasthenia gravis</b>	<b>20</b>
2.1 Psychická a psychosociální problematika	20
2.2 Životní režim	21
<b>3 Specifika neurologického ošetřovatelství u pacienta s MG</b>	<b>22</b>
<b>4 Etika v ošetřovatelské péči u pacienta s MG</b>	<b>24</b>
4.1 Souhrn kladných žádoucích vlastností	24
<b>5 Ošetřovatelská péče o pacienta s MG</b>	<b>25</b>
<b>6 Virginia Avenel Henderson- Teorie základní ošetřovatelské péče</b>	<b>28</b>
6.1 Nejčastější ošetřovatelské diagnózy u MG	29
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>31</b>
<b>7 Kazuistika</b>	<b>31</b>
7.1 Identifikační údaje	31
7.2 Lékařská anamnéza	32
7.3 Medicínský management	33
7.4 Posouzení stavu pacienta ze dne 5. 3. 2013	33
7.5 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou	35
7.6 Posouzení dle modelu Hendersonové	36
7.7 Sesterské diagnózy a jejich uspořádání dle priorit pacienta	43
7.7.1 Aktuální sesterské diagnózy	43
7.7.2 Potencionální sesterské diagnózy	49
<b>8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE</b>	<b>52</b>
<b>9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b>	<b>53</b>
<b>10 ZÁVĚR</b>	<b>54</b>





## SEZNAM ZKRATEK

ACh	acetylcholin
AChE	acetylcholinesteráza
ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
AChR	acetylcholinový receptor
BMI	body mass index
CT	výpočetní tomografie
DF	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
EMG	elektromyografie
GIT	gastrointestinální trakt
IChE	inhibitory acetylcholinestázy
IVIG	intravenózně podávané imunoglobuliny
JIP	jednotka intenzivní péče
KO	krevní obraz
LHK	levá horní končetina
MG	myasthenia gravie
MR	magnetická rezonance
NGS	nasogastrická sonda
NÚL	nežádoucí účinek léku
P	pulz
Per os	perorálně, ústy
PŽK	periferní žilní kanyla

RTG

rentgen

TPF

terapeutická plazmaferéza

# ÚVOD

Ve své práci se věnuji problematice onemocnění myasthenia gravis. Tato nemoc provází lidstvo od nepaměti, ale dříve neměla své označení a často končila smrtí. Myasthenia gravis je autoimunitní onemocnění, jehož incidence má stoupající charakter.

O tomto onemocnění, nemá veřejnost, ať už laická či odborná mnoho povědomí. Problémem je tuto chorobu rozpoznat, první příznaky bývají maskovány infekční chorobou a postiženému se dostává stigmatu hysterie. Neléčená či špatně léčená myasthenia gravis může ohrozit život nemocného nebo zhoršit jeho kvalitu. U dobře léčené myasthenia gravis může až 70% postižených vést plnohodnotný život bez větších omezení.

V minulosti jsem neměla žádné znalosti o tomto onemocnění, do doby, než jsem začala pracovat na neurologickém oddělení. Je faktem, že se s tímto onemocněním můžeme setkat kdekoliv. Neznalost a neodbornost může pacienta výrazně poškodit. Naopak vhodnou ošetrovatelskou péčí s optimálním psychologickým přístupem významně přispíváme ke zlepšení zdravotního stavu, či zachování kvality života pacienta.

Bakalářská práce byla zpracována za pomoci odborných knih, časopisů a získaných zkušeností při ošetrovatelské péči u pacienta s daným onemocněním. Práce je určena studentům vysokých škol a odborné veřejnosti, kteří se zabývají touto problematikou.

Touto cestou vyslovuji upřímné poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD., za ochotu, všestrannou podporu a odbornou pomoc při vypracování bakalářské práce.

# I Teoretická část

## 1 MYASTHENIA GRAVIS

Název myasthenia gravis pochází z latiny a řečtiny. Doslovný překlad znamená „těžká svalová slabost“. Pro tuto nemoc je typická nadměrná svalová unavitelnost a slabost. Touto chorobou trpěli lidé již od pradávna, ale teprve v posledních letech vědci a lékaři pochopily, jak se tato nemoc rozvíjí. Přes obrovský pokrok poznání ani dnes není jasné, proč u někoho choroba propukne a jiného ušetří (PIŤHA, 2004).

První, kdo definoval nemoc myasthenia gravis (MG), byl anglický lékař Samuel Wilks, který v r. 1877 popsal v článku „Cerebritis, hysteria and bulbar paralysis“ v časopise Guy's hospital reports pacienta s generalizovanou svalovou slabostí spolu s oslabením očních pohybů a bulbárními symptomy s dysartrií (PIŤHA et al., 2010).

Pojmenování myasthenia gravis pseudoparalytica poprvé použil německý neurofyziolog Friedrich Jolly (1844-1904). V roce 1894 demonstroval na přednášce případ 14letého chlapce s reverzibilní únavou končetin. Při elektrofyziologickém vyšetření pozoroval, že postižené svaly nevykazují známky ztráty nervového zásobení v oblasti končetin, ale opakovaná stimulace snižuje sílu svalové kontrakce, která vymizí po období klidu (PIŤHA et al., 2010).

### 1.1 Imunopatogeneze

Myasthenia gravis (MG) je charakterizována poruchami nervosvalového přenosu vzruchu na postsynaptické membráně na rozdíl od jiných, převážně autoimunitně zprostředkovaných mechanismů v oblasti nesynaptické membrány (SCHUTZNER et al., 2005). Jedná se o získané autoimunitní onemocnění s nejasnou etiologií (PIŤHA, 2003), klinicky definované nadměrnou svalovou unavitelností a slabostí kosterního svalstva se zlepšením po odpočinku (SCHUTZNER et al., 2005).

„Výskyt je relativně častý, udává se 5-10 nemocných/100 000 obyvatel. V mládí převažují ženy, ve věku nad 50 roků spíše muži. Průměrný věk manifestace nemoci je kolem 30 roků. U 3-5 % lze zjistit rodinný výskyt“ (WABERŽINEK et al., 2006, s. 328).

„Přenos podnětu z nervu na sval se uskutečňuje na nervosvalové synapsi“ (MUMENTHALER, 2001, s. 569). V terminálním zakončení axonu periferního nervu, který nálevkovitě nasedá na postsynaptickou membránu na povrchu svalového vlákna, se nacházejí vezikuly obsahující neurotransmitter acetylcholin (ACh) (SCHUTZNER et al., 2005). Jedno nesynaptické zakončení obsahuje asi 300 000 vezikul, v každé vezikule se nachází zhruba 10 000 molekul ACh (ŠPALEK, 2008). Mezi zakončení axonu a membránou, v synaptické štěrbině, jsou bazální lamina s vysokou koncentrací enzymu acetylcholinesterázy (AChE), která rozkládá ACh na neúčinné složky, acetyl a cholin (SCHUTZNER et al., 2005). Povrch postsynaptické membrány je mnohonásobně imaginovaný do junkčních, sekundárních synaptických záhybů, v jejichž ústích se nacházejí postsynaptické ACh receptory (AChR). Významnou vlastností těchto receptorů je neustálá spontánní degenerace a regenerace, právě tyto nacházejí uplatnění při léčbě MG (ŠPALEK, 2008). Navázáním ACh na AChR dojde k přechodnému otevření jejich kationových kanálů, následně generaci potenciálů terminální ploténky. Při dosažení kritické velikosti potenciálu vzniká akční potenciál, který rozšířením do transversálního tubulárního systému podél svalových vláken způsobí uvolnění kalcia v sarkoplazmě a interakcí aktinu a myosinu vede ke svalové kontrakci (MUMENTHALER, 2001).

„Imunitní mechanismy vedoucí k poruše nervosvalového přenosu jsou důsledkem dysregulace T a B buněk, cytokinové a chemokinové sítě a u mladších pacientů abnormálního prostředí v oblasti tkáně thymu“ (PÍŤHA et al., 2010, s. 82).

## **1.2 Klinický obraz**

Onemocnění se projevuje celkovou svalovou slabostí, která se zvyrazňuje při fyzické aktivitě a může se zlepšit odpočinkem (SEIDL, 2004). Predilekčně postižené jsou svaly okohybné, žvýkací, mimické, řečové, polykací, pletencové a dýchací (AMBLER, 2006).

- Nejčastěji postiženy bývají extraokulární svaly, ve více než 80% případů se jedná o iniciální příznak manifestace generalizované formy. Častým steskem pacientů je rozmazané vidění, snížená frekvence mrkání, kolísající diplopie, neschopnost dovržit oko. Tyto příznaky se zhoršují delším čtením, prací s počítačem nebo přímým sluncem. V přítmí nebo při používání tmavých brýlí diplopie zpravidla ustupuje. Objektivně je přítomna paréza vícečetných

extraokulárních svalů, při postižení vnitřních očních svalů blefaroptóza, většinou asymetrická. Zornice jsou vždy normální (ŠPALEK, 2008).

- Při slabosti šíjového svalstva přepadává hlava do antefixe, pacient si často nevědomě podpírá hlavu (ŠPALEK, 2008).
- Slabost faciobulbárních svalů patří mezi příznaky generalizované formy myasthenia gravis. Zprvu se projevuje jen někdy, posléze trvale poruchami artikulace (dysartrie), fonace (změny hlasu), slabostí měkkého patra, slabostí jazyka, poruchou polykání, zejména tekutin. Slabost žvýkacího svalstva se projevuje poklesem brady. Oslabení mimického svalstva má na svědomí neschopnost pacienta špulit rty, zapískat. Poruchu mimiky si často všimá okolí a jeho tvář má smutný, unavený výraz (SCHUTZNER et al., 2005),(MAČÁK et al., 2004).
- Postižení svalstva končetin, zejména proximálního na horních končetinách, je iniciálním příznakem asi u 5 – 10 %. Objevuje se únava, slabost při opakovaném vzpažování, problémy při česání vlasů, chůzi do schodů. V anamnéze bývají i náhlé pády při chůzi. Při postižení extensorů prstů je patrné flekční držení prstů (ŠPALEK, 2008).
- Slabost interkostálních, akcesorních svalů a diafragmy již znamená vitální ohrožení. Při nedostatečnosti diafragmy a zevních interkostálních svalů je přítomna dyspnoe inspiračního charakteru, při převážném postižení svalů interkostálních vnitřních a abdominálních má dyspnoe charakter expirační (ŠPALEK, 2008). S počátkem onemocnění jsou postiženy dýchací svaly u 1 - 4 % nemocných, později se však postižení těchto svalů projeví v 50 - 60 %, obvykle spojených s poruchou polykání, rizikem aspirace a následných infekcí dýchacích cest (PIŤHA, 2005). Tyto výraznější respirační obtíže se hlavně vyskytují v rámci progresivního stavu generalizované MG (MAČÁK et al., 2004).

Klinické obtíže se nejčastěji objevují nebo zvýrazňují v odpoledních a večerních hodinách, po ránu jsou zpravidla nejmírnější. Příčiny jako stres, infekce, operace, léčiva zhoršující nervosvalový převod, kolísání hormonální hladiny mohou způsobit

manifestaci choroby či zhoršení obtíží, které mohou vést až k myastenické krizi (PIŤHA, 2006).

**Nejčastější příčinou akutního stavu u myasthenia gravis je myastenická, cholinergní nebo smíšená krize.**

- **Myastenická krize** znamená ve své extrémní podobě selhání výkonnosti dýchacích svalů, vedoucí k nutnosti zavést umělou plicní ventilaci (PIŤHA et al., 2010). Spouštěčem krize může být infekce, vynechání medikace, fyzická i psychická zátěž. Nástup myastenické krize může být okamžitý po emoční pohrůžce, úleku nebo naopak pozvolný (SCHUTZNER et al., 2005). Mezi příznaky patří obtížnější polykání, zhoršující se dechová výkonnost, nemožnost odkašlat a posléze se zhluboka nadechnout (PIŤHA et al., 2010). Postižený patří na lůžko jednotky intenzivní péče (SCHUTZNER et al., 2005).
- **Cholinergní krize** se projevuje zvýšenou motilitou gastrointestinálního traktu s průjmy, nevolností až zvracením, bolestí v epigastriu, zvýšenou viskózní bronchiální sekrecí, nemožností vykašlat řídký, stále se tvořící sekret, následnou dechovou nedostatečností, slzením, hypotenzí, bradykardií a křečemi. Rychlý nástup deficitu celkových tělesných tekutin. Příznakem pro cholinergní krizi jsou špendlíčkovité zornice. Důležitá je pečlivá bilance tekutin a kalia z důvodu častých průjmů, pocením a zvracením (SCHUTZNER et al., 2005).
- **Kombinovaná krize** vzniká nejčastěji takto. Při pozvolně se rozvíjející myastenické krizi se všemi průvodními příznaky si pacient navyšuje dávky IChE a steroidů, aniž by vnímal, že příčinu obtíží je třeba léčit jiným způsobem. Neúplné odkašlávání a viskozita sekretu vede k tvorbě atelektáz, drobným aspiracím a infekci, typické jsou subferilie. Dráždivý kašel vyčerpává dechovou rezervu a zhoršuje kardiální situaci, objevuje se celková slabost, dechová nedostatečnost s poruchami polykání (SCHUTZNER et al., 2005).

### 1.3 Diagnostika

V počátečním stádiu může myasthenia gravis postihnout jakýkoliv sval, též kolísavá intenzita příznaků způsobuje značné diagnostické problémy, dochází k imitaci různých neurologických i jiných onemocnění, postižený je ve své úzkosti často považován za hysterickou osobu a jeho stesky přehlíženy. Špatně diagnostikovaná myasthenia gravis bývá u 45 – 80 % pacientů. Je nutno provést detailní anamnézu a analýzu subjektivních těžkostí včetně vlivu provokačních faktorů na kolísající intenzitu obtíží. Mezi neurologické vyšetření patří zejména statické a dynamické zátěžové testy k odhalení latentní či zvýraznění již přítomné svalové slabosti (ŠPALEK, 2008).

Simpsonův test je velmi citlivý, pacient velmi usilovně fixuje pohled vzhůru, při kterém dochází k manifestaci latentní ptózy. Při Gorelickově testu, kdy je pasivně prstem elevováno více pokleslé víčko, následně dochází k manifestaci ptózy na druhém oku (PIŤHA, 2010). Tento test je typický pro myasthenia gravis, při asymetrické ptóze jiného původu je negativní (ŠPALEK, 2008). Seemanův test představuje poruchy artikulace, pacient je vyzýván k hlasitému počítání a čtení (PIŤHA, 2004). Mezi dynamické testy patří tzv. pump handle test. Pozitivita Trendelenburgovy zkoušky, kdy ve stoji dochází na straně flektované končetiny k poklesu pánve, odhalí slabost svalstva v oblasti lumbosakrálního pletence (SCHUTZNER et al., 2005).

#### Paraklinické vyšetření:

- **Elektromyografie (EMG):** Tato metoda zaznamenává elektrickou aktivitu svalů pomocí elektrod (VOKURKA, 2004).
- **Počítačová tomografie (CT):** Vyšetření je prováděno standardně k potvrzení či vyloučení thymomu (PIŤHA et al., 2010), hyperplazie thymu (ŠPALEK, 2008). Pacienti, kteří jsou léčeni konzervativně, podstupují toto vyšetření opakovaně a s delším časovým odstupem, protože thymom obvykle roste velmi pomalu (SCHUTZNER et al., 2005).
- **Magnetická rezonance (MR):** Oproti CT vyšetření magnetická rezonance nepřináší žádné nové informace, proto se rutinně nepoužívá k diagnostice



thymomů. Vyšetření dokáže zobrazit rozsah svalové atrofie jazyka a mimického svalstva (PIŤHA et al., 2010).

- **Průkaz protilátek:** Podle průkazu protilátek je MG klasifikována jako séropozitivní s protilátkami proti AChR, séronegativní s protilátkami anti MuSK (muscle specific kinase - specifická bílkovina), séronegativní bez prokázaných protilátek v séru pacienta (ŠPALEK, 2008). Průkaz protilátek je tedy užitečný u séropozitivní formy, nízké titry protilátek však mohou být přítomny i u jiných nervosvalových onemocnění (SCHUTZNER et al., 2005). Absence autoprottilátek diagnózu MG nevyklučuje (ŠPALEK, 2008).

## 1.4 Léčba

K úspěšné terapii jsou nutné zkušenosti ze strany lékaře, předvídatost, trpělivost na obou stranách, compliance ze strany pacienta a dispenzarizace (PIŤHA et al., 2010). V období empirické léčby není známá fyziologická funkce thymu, etiologie a patogeneze nemoci, léčí se dle zkušeností lékaře. První klinický popis myasthenia gravis podává Thomas Willis v roce 1672. Za první symptomatickou léčbu, kterou udala Mary Walkerová v roce 1934, považujeme podávání prostigminu. První operaci nádoru thymu provádí z krční incize E. Sauerbruch v roce 1911. V roce 1964 začíná období racionální terapie, kdy J. Miller publikoval poznatky o roli thymu v imunitních procesech, zároveň A. J. Simpson zařazuje myasthenia gravis mezi autoimunitní onemocnění. S rozvojem imunologie dochází k zavedení imunosupresivní léčby, terapie plazmaferézou, imunoadsorpcí a zlepšení výsledků u thymektomií. U pacientů, u kterých není indikována thymektomie nebo nedošlo k remisi po thymektomii je volena konzervativní léčba. V roce 1981 zakládá J. Vejvalka v Praze myastenický dispenzář. V České republice existuje i registr všech myastenických pacientů (SCHUTZNER et al., 2005).

### Symptomatická léčba

- Inhibitory cholinesterázy (IChE) zlepšují neuromuskulární přenos dostatkem nadbytku acetylcholinu (AMBLER, 2006). Je nutné přísně dodržovat dobu podávání a velikost dávky. IChE provokují parasymptatickou hyperaktivitu, která je charakterizována zvýšenou gastrointestinální motilitou s průjmy, bronchospasmem, bradykardií

a hypotenzí. Při vyšších dávkách IChE může vyústit do cholinergní krize (SCHUTZNER et al., 2005). Nejužívanějším lékem je Mestinon, někdy Mytelase a jako doplněk krátkodobě působící Syntostigmin (AMBLER, 2006).

- Ve stresových situacích se podávají antidepresiva. Uplatní se krátkodobé podávání nebenzodiazepinových anxiolytik (Atarax) nebo atypické benzodiazepiny (Grandaxin) (SCHUTZNER et al., 2005).

### **Imunomodulační léčba**

- Kortikosteroidy zasahují přímo do léčby onemocnění. Podávání těchto léčiv má podíl na významném ústupu symptomů u 75% postižených, touto nemocí. Představitelem je Prednison (PIŤHA et al., 2010). Při podávání i relativně vysokých dávkách kortikoidů po dobu kratší než 2 týdny se obvykle neprojeví žádné z nežádoucích účinků s výjimkou dekompenzace diabetu a psychických změn (MARTÍNKOVÁ et al., 2007). Při dlouhodobém podávání patří mezi nežádoucí účinky kožní atrofie, vředová choroba, myopatie, obezita, deprese, hypertenze, nespavost, podrážděnost, glaukom, katarakta a zvýšená vnímavost k infekcím (SCHUTZNER et al., 2005). Při náhlém ukončení dlouhodobé léčby se objeví insuficience nadledvin provázená nevolností a zvracením, anorexií, horečkou, bolestí svalů a kloubů, z toho plyne postupné snížení dávek léku (KAMINSKI, 2003). Pacient, který se léčí steroidy musí být pravidelně klinicky i laboratorně sledován (SCHUTZNER et al., 2005).
- Terapeutická plazmaferéza (TPF) má krátkodobý, ale razantní efekt (ŠPALEK, 2008). Používá se v akutních případech či myasthenické krizi (PIŤHA et al., 2010). Při TPF dochází k separaci erytrocytů z plazmy a jejich reinfúzi společně s koloidním roztokem (SCHUTZNER et al., 2005).
- Imunoabsorpce, je variantou TRP, při níž se odstraňují některé třídy imunoglobulinů. Tato metoda není účinnější než TPF, ale nastupuje menší počet komplikací (PIŤHA et al., 2010).
- Intravenózně podávaný imunoglobulin (IVIG) je aplikován jako jednodušší metoda než TPF (PIŤHA et al., 2010). Nežádoucí účinky bývají většinou

nezávažné, vzácností jsou anafylaktické reakce a aseptická meningitida (KAMINSKI, 2003).

### **Thymektomie**

Po thymektomii může dojít k remisi s úplným vysazením medikace, ale očekávané zlepšení může být jen pozvolné.

Jednou z nejdůležitějších zásad je včasná indikace k thymektomii. K této operaci se indikace stále vyvíjí. Při průkazu thymomu je thymektomie vždy indikována, s výjimkou značně rizikových pacientů, kdy je prováděna konzervativní léčba s následným ozářením a chemoterapií.

Standardním chirurgickým přístupem je parciální stereotomie, po které zůstává dobře se hojící jizva na hrudníku. Pro zdárný operační i pooperační průběh je důležitá příprava pacienta a důsledná lékařská i ošetrovatelská péče o pacienta (SCHUTZNER, 2005).

## 2 ŽIVOT S MYASTHENIA GRAVIS

Lidé, žijící s myasthenií gravis musí změnit svůj životní režim. Nutností je, se vyvarovat těžké fyzické práci, která vede ke svalové slabosti a unavitelnosti. Pacient by si měl vše rozvrhnout tak, aby měl dostatek času na odpočinek. Pacient by měl vědět, že nemůže vykonávat tolik namáhavou práci jako dříve, jelikož toto onemocnění nepovoluje plnohodnotné fyzické nasazení. Onemocnění myasthenia gravis nemusí zhoršit kvalitu života, ale pacient si musí upravit priority, které jsou pro jeho život důležité a potřebné (PIŤHA, 2004).

### 2.1 Psychická a psychosociální problematika

U chronického onemocnění je psychika velmi důležitá a rodina by měla být oporou. Pro přijetí tohoto onemocnění probíhají 4 fáze.

- **Fáze šoku a popření:** Při této fázi nemocný ví, že toto onemocnění existuje, ale nemůže si připustit to, proč jí má zrovna on.
- **Fáze generalizace negativního hodnocení:** Nemocný v této fázi ztrácí chuť do života a myslí si, že už nic nemá smysl. Jedinec bývá smutný a rozhněvaný.
- **Fáze postupné adaptace:** V této fázi u jedince dochází k postupnému polevování. Často si nalhává, že bude zcela zdravý.
- **Fáze smíření se s nemocí:** Pacient se postupně smiřuje s onemocněním a mění svou životosprávu (PIŤHA et al., 2010).

Psychika může být zařazena do dvou oblastí, vliv nemoci na psychické zdraví a vliv psychického zdraví na manifestaci onemocnění. Nabízí se hypotéza, že psychické faktory ovlivňují manifestaci myasthenia gravis (KAMINSKI, 2003). Nemocný často přistupuje na změnu životního stylu, avšak s rozvíjejícími se problémy s mluvením a polykáním se často stává introvert (PIŤHA et al., 2010). V adaptaci na nemoc se objevuje pesimismus a pomalé pokroky v léčbě (SLEZÁKOVÁ, 2006). Při hospitalizaci si nemocný často vyžaduje větší pozornost ošetrovatelského týmu s občasnou ztrátou úplného soukromí (PIŤHA et al., 2010).

## 2.2 Životní režim

Pacient si musí upravit životní režim tak, aby nebyl fyzicky náročný a měl dostatek času na odpočinek. Alkohol a nikotin zhoršují nervosvalový přenos, a proto je nutné kouření vynechat a alkohol omezit na minimum. Speciální dieta u myasthenia gravis není, ale pacient by měl mít vzhledem ke ztíženému polykání tekutou nebo kašovinou stravu. Pacient léčený steroidy by měl přijímat potravu bohatou na bílkoviny a vitamíny A a D (PIŤHA, 2004).

Onemocnění nemá významné omezení na sexuální život, ale není vhodný v odpoledních či večerních hodinách. Pacienti mohou vést uspokojivý partnerský i rodinný život. Žena může otěhotnět a porodit dítě (PIŤHA, 2004).

### **3 SPECIFIKA NEUROLOGICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ U PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS**

Neurologické ošetřovatelství se zabývá ošetřovatelskou péčí o pacienty s neurologickým onemocněním, tedy i o pacienty s myasthenia gravis (SLEZÁKOVÁ, 2006). „Cíle neurologického ošetřovatelství vycházejí z koncepce oboru ošetřovatelství a zaměřují se na poskytování ošetřovatelské péče pacientům a jejich rodinám ve zdraví i nemoci a nevykonávání činností, které přispívají k podpoře zdraví, uzdravení nebo klidnému a důstojnému umírání a smrti“ (SLEZÁKOVÁ, 2006, s. 9).

Komplexní, specializovanou i základní péči sestry vykonávají jako samostatnou činnost. Ošetřovatelská péče je realizována metodou ošetřovatelského procesu (FARKAŠOVÁ et al., 2005).

- **Ošetřovatelství v ambulantní péči myastenického dispenzáře**

V této ambulanci musí být výborná spolupráce s lékařem. Sestra je speciálně vyškolená a zkušená v oblasti s onemocněním. Její náplní práce jsou administrativní, diagnosticko-terapeutické, dispenzární a preventivní činnosti zaměřené na edukaci pacienta (SLEZÁKOVÁ, 2006).

- **Ošetřovatelství na neurologické JIP**

Pacient, který prochází myastenickou, cholinergní či smíšenou krizí je hospitalizován na neurologické JIP nebo anesteziologicko- resuscitačním oddělení. Je kontinuálně monitorován, má zajištěnou podporu dýchání a nejhodnější léčbu ke zlepšení celkového stavu (SCHUTZNER et al., 2005).

Po celou dobu hospitalizace sestra sleduje vitální funkce, bilanci tekutin, pacienta pravidelně polohuje a podává ordinace dle lékaře. Při podpůrné ventilaci sestra zajišťuje toaletu horních cest dýchacích, dle potřeby odsává sekret

z dýchacích cest při přísně aseptických podmínkách. Odebírá biologický materiál a výsledky oznamuje lékaři.

- **Ošetřovatelství na standardním oddělení**

Ve stabilizovaném stavu je pacient přijímán na standardní oddělení neurologie k léčebné kůře TPF a IVIG. Při zhoršení celkového stavu je přeložen na JIP či ARO.

Sestra během hospitalizace poskytuje komplexní, specializovanou i základní ošetřovatelskou péči. Sleduje fyziologické funkce, aktivitu pacienta, stravování i vyprazdňování (FARKAŠOVÁ et al., 2005).

U pacienta ve stabilizovaném stavu a výhledem na propuštění do domácí péče, lze velmi úspěšně provést edukační proces týkající se režimových opatření a změnou životosprávy (PÍŤHA, 2004).

## 4 ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS

Etika je filozofická disciplína, je vědou o mravnosti (KUTNOHORSKÁ, 2007). „Obecně lze konstatovat, že stanoví, co je právem mravné a co je nemravné, přičemž jsou někdy platné názory v rozporu s názorem správným. V tomto smyslu je etika normativní vědou a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů“ (BOROŇOVÁ, 2012, s. 134).

U pacienta s myasthenia gravis je velmi důležitá citlivá a důsledná péče, která bývá často náročná. Sestra ji musí zvládnout profesionálně a hlavně lidsky (KUTNOHORSKÁ, 2007). Každý pacient má právo na ohleduplnou, odbornou, zdravotnickou péči, která je prováděna kvalifikovanými pracovníky (BOROŇOVÁ, 2010).

- **Souhrn kladných žádoucích vlastností**

Souhrn kladných žádoucích vlastností, které lze shrnout pod pojem - sesterské stavovské ctnosti.

- Cílevědomost
- Diskrétnost
- Trpělivost
- Taktnost, ohleduplnost a sociální citění
- Důvěryhodnost, odpovědnost a spolehlivost
- Lásky k nemocnému, vlídnost, ochota a obětavost
- Sebeovládání a velkorysost
- Kolegialita
- Optimismus, poctivost, radost a tvořivost (KUTNOHORSKÁ, 2007)



## 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS

„Ošetrovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování, poskytování a dokumentování ošetrovatelské péče. Jeho cílem je zhodnotit pacientův zdravotní stav, skutečné nebo potencionální problémy péče o zdraví, vytýčit plány na posouzení potřeb a poskytnout konkrétní pečovatelské zásahy k uspokojování těchto potřeb“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 66).

### • Posuzování

Základní anamnézu získáváme přímo od pacienta, pokud je nám schopný je poskytnout, jinak údaje doplňujeme od příbuzných. Při získávání informací je důležitá spolupráce s lékařem. Při získávání údajů se zaměřujeme na nynější problémy. V osobní, lékové a alergické anamnéze se zaměřujeme na překonaná onemocnění, jaké léky užívá, alergii a abusus (SLEZÁKOVÁ, 2006). Sociální, pracovní anamnéza nám poskytne údaje o bytových podmínkách, druhu práce a vztazích v rodině. Ženy nám udávají gynekologickou anamnézu z důvodu období menstruace (PIŤHA, 2004).

Důležitou součástí pozorování je celkový vzhled pacienta, kterého vyšetřujeme systematicky od hlavy po paty dle pravidel:

- **Hlava a krk:** pokles víček, držení hlavy, pokles brady, poruchy polykání a mluvení, unavený výraz, mimiku
- **Hrudník:** typ hrudníku, poruchy dýchání, odkašlávání, poslechové známky zahlenění
- **Břicho:** hodnotíme peristaltiku, flatulenci, bolestivost poklepu
- **Genitálie a konečník:** u myasthenia gravis často beze změn
- **Kosterní a svalový systém:** provádíme zátěžové a dynamické testy pro odhalení slabosti a unavitelnosti, pozorujeme omezený pohyb.

- **Nervový a smyslový systém:** poruchy vidění, diplopie, pokles hlasitosti, huhňavá řeč, poruchy artikulace (SLEZÁKOVÁ, 2006).

Další důležitou součástí pozorování jsou změny v bio-psycho-sociálních potřebách:

- **Výživa a metabolismus:** poruchy příjmu potravy a tekutin
  - **Vylučování:** nucení na stolicí, průjmy, obstipace
  - **Aktivita a odpočinek:** pokles aktivity ve večerních hodinách, pocit vyčerpání a únavy
  - **Spánek a bdění:** poruchy spánku, buzení se v noci, ráno zvýšená ospalost
  - **Hygiena a sebekpěče:** slabost horních i dolních končetin, různý stupeň omezení v aktivitách denního života
  - **Nálada:** labilita, střídání nálad
  - **Sebehodnocení:** pocit méněcennosti
  - **Reakce na nemoc:** různé projevy (šok, deprese)
  - **Adaptace na nemoc:** pesimismus
  - **Informovanost:** nedostatečné, nadměrné nebo zavádějící informace
  - **Sociální údaje:** změny v životě (SLEZÁKOVÁ, 2006).
- **Diagnostika**

Ve výsledku sesterského posouzení při stanovení aktuálních problémů, zvážení rizikových faktorů a ochotě pacienta ke zlepšení chování ve prospěch zdraví určíme aktuální, potenciální diagnózy, diagnózy k podpoře zdraví (BOROŇOVÁ, 2010).
  - **Plánování ošetrovatelské péče**

V této fázi sestra spolupracuje s pacientem, odstraňuje či eliminuje ošetrovatelské problémy, stanovuje priority, cíle a očekávané výsledky. Důležitá je ochota pacienta ke stanovení reálných cílů (BOROŇOVÁ, 2010).

- **Realizace**

„Realizace čili provedení nebo zásah je uplatnění ošetrovatelských strategií, zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče, v praxi; je to ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení žádoucího výsledku nebo pacientových cílů“ (BOROŇOVÁ, 2010, s. 76).

V této části ošetrovatelské péče uplatňujeme naplánované intervence jako nezávislé, součinné a závislé na ošetrovatelské činnosti. Samozřejmostí je opětovné posouzení pacienta, které se praktikuje během celého procesu (BOROŇOVÁ, 2010).

- **Vyhodnocení**

Při vyhodnocení zjišťujeme, zda byly krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé cíle s objektivně měřitelnými VK splněny úplně, částečně nebo nesplněny. Závěry vyhodnocení určují, zda mají ošetrovatelské intervence skončit, pokračovat, revidovat se nebo změnit (BOROŇOVÁ, 2010).

## **6 Virginia Avenel Henderson- Teorie základní ošetrovatelské péče**

Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila model dle Hendersonové. Tento model byl vybrán z důvodu věku pacienta a charakteru onemocnění.

Tento model vychází z toho, že každá osoba má své základní potřeby, které jsou ovlivněné vlastní osobností nebo kulturou. Své potřeby uspokojuje během života různým způsobem. Každý jedinec, který je samostatný a uspokojuje své potřeby, dokáže žít plnohodnotný život. Při nedostatku vůle, sil a vědomostí dochází k narušení nezávislosti a neuspokojení potřeb. Tehdy přichází jedinec do kontaktu se zdravotnickým pracovníkem (PAVLÍKOVÁ, 2006).

Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti v oblasti čtrnácti potřeb, při kterých jedinec vyžaduje pomoc. Zároveň hodnotí podmínky a patologické stavy, které ovlivňují pacienta a jeho potřeby. Poté plánuje a realizuje vhodné intervence. Cílem ošetrovatelského týmu je co nejdříve obnovit soběstačnost a nezávislost jedince ke svému okolí, tak aby mohl žít plnohodnotný život. Není-li to možné, provází ho na cestě ke klidné smrti (PAVLÍKOVÁ, 2006).

### **Čtrnáct komponentů základní ošetrovatelské péče:**

- Pomocť pacientovi normálně dýchat.
- Pomocť pacientovi při příjmu potravy a tekutin.
- Pomocť pacientovi při vylučování.
- Pomocť pacientovi při pohybu a udržování vhodné polohy.
- Pomocť pacientovi při spánku a odpočinku.
- Pomocť pacientovi při volbě vhodné oděvu, při oblékání a svlékání.
- Pomocť pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí.
- Pomocť pacientovi při udržování upravitelnosti, čistoty těla a ochraně pokožky.

- Pomocť pacientovi vyvarovat se nebezpečí ve svém okolí a předcházet zraněním sebe i druhých
- Pomocť pacientovi při komunikaci s ostatními a při vyjadřování svých potřeb, emocí, názorů a obav.
- Pomocť pacientovi při vyznávání své víry.
- Pomocť pacientovi při práci a tvořivé činnosti.
- Pomocť pacientovi při odpočinku a relaxaci
- Pomocť pacientovi při učení, objevování nového a uspokojování zvědavosti (PAVLÍKOVÁ, 2006, s. 51).

## 6.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy u myasthenia gravis

Ošetrovatelské diagnózy se budou lišit u každého pacienta podle klinického vývoje onemocnění a holistického náhledu na něj, jako na bio-psycho-sociální-spirituální bytost. Ve výsledku sesterského posouzení při stanovení aktuálních problémů, zvážení rizikových faktorů a ochotě pacienta ke zlepšení chování ve prospěch zdraví určíme aktuální a potenciální diagnózy (BOROŇOVÁ, 2010).

- **Polykání porušené** v souvislosti s neuromuskulární poruchou projevující se hromaděním slin v dutině ústní a viditelným obtížným polknutím zejména tekutin.
- **Strach z budoucnosti** v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami ze smrti, zvýšeným napětím a nervozitou.
- **Spánek porušený** v souvislosti se změnou prostředí a nutností hospitalizace, projevující se unaveným výrazem, přerušovaným spánkem a ztráty psychické pohody po probuzení.
- **Únava** v souvislosti se svalovou slabostí projevující se zvýšenou unavitelností a slabostí.

- **Bezmocnost, riziko vzniku** související s chronickou povahou nemoci a její recidivě navzdory k dodržování léčebných postupů.
- **Tělesné tekutiny, riziko deficitu** v souvislosti s neschopností perorálně přijmout adekvátní denní množství tělesných tekutin.
- **Aspirace, zvýšené riziko** v souvislosti s porušeným polykáním.
- **Infekce, riziko vzniku** v souvislosti s invazivními vstupy (PŽK).

Další ošetrovatelské diagnózy stanovíme dle jedinečnosti pacienta a jeho potřeb (DOENGES, MOORHOUSE, 2001).

## II Praktická část

### 7 KAZUISTIKA

Pacient byl přeložen na standardní oddělení neurologické kliniky VFN v Praze 2 dne 4. 3. 2013. Ošetrovatelskou péči o pacienta jsem prováděla od 4. 3. 2013 do 10. 3. 2013 od 7.00 do 15.30. K získání potřebných informací jsem využila lékařskou a sesterskou dokumentaci, anamnestický rozhovor s pacientem a vlastní pozorování. K zhodnocení stupně soběstačnosti, rizika pádu a dekubitů jsem použila Barthelův test základních všedních činností, rozšířenou stupnici Nortonové a zjištění rizika pádu, které se používají v dané nemocnici.

Při zpracování získaných informací jsem využila koncepční model Hendersonové a sestavila jsem ošetrovatelský plán péče. Nejdříve jsem posoudila celkový stav pacienta a následně vyhodnotila a zformulovala ošetrovatelské diagnózy, které mi dopomohly k sestavení ošetrovatelské péče.

#### 7.1 Identifikační údaje:

Sběr identifikačních údajů ze dne 5. 3. 2013

- Jméno a příjmení: K. M.
- Pohlaví: muž
- Datum narození: 1948
- Věk: 64
- Adresa bydliště: Podbabská, Praha 6
- Telefon: xxx xxx xxx
- Adresa příbuzných: Dto
- Číslo pojišťovny: pojištěn
- Rodné číslo: 1948
- Stav: ženatý
- Vzdělání: Střední s maturitou

- Zaměstnání: od 3/2012 důchodce
- Státní příslušnost: ČR
- Datum přijetí: 5.3.2013
- Typ přijetí: neodkladné
- Oddělení: standardní oddělení neurologické
- Kliniky VFN, Praha 2
- Ošetřující lékař: Doc. MUDr. E. H.

## 7.2 Lékařská anamnéza

**Medicínská diagnóza hlavní:** G70.0 Myasthenia gravis

**Nynější onemocnění:** Pacient v posledních dnech cítil zhoršení polykání a celkovou únavu po fyzické aktivitě, proto se dostavil na neurologickou ambulanci, kde bylo potvrzeno zhoršení myastenické symptomatiky. Odeslán na standardní oddělení neurologické kliniky VFN v Praze 2.

**Rodinná anamnéza:** Matka cévní mozková příhoda v r. 2008, otec zdravý, sourozence nemá, děti: syn, dosud zdravý

**Osobní anamnéza:** Prodělal běžné dětské nemoci. Je z fyziologické gravidity, porod v termínu, spontánní. Očkování řádně dodržuje. Od 8 let hrál aktivně fotbal a prodělal běžné sportovní úrazy. Hospitalizován byl jen jednou a to s operací kostrče před 30 lety. Na neurologickou ambulanci dochází od 3/2012 kde zjistily onemocnění Myasthenia gravis.

**Alergologická anamnéza:** Dosud žádné projevy alergie

**Abusus:** Je nekuřák, alkohol pije příležitostně, 1-2 piva týdně s kamarády

**Sociální anamnéza:** Žije sám s manželkou v bytě 3+1, doma mají jednoho psa. Studoval střední průmyslovou školu a pracoval v soukromé firmě. Má spoustu kamarádů a se všemi vychází velmi dobře.



**Farmakologická anamnéza:** Mestinon 60 mg (6-9-12-15-18 hod.), Agen 5 mg (6 hod.), Prednison 30 mg (8 hod.), Kalnormin 1 g (8-14-20 hod.), Stilnox na noc při nespavosti.

### **7.3 Medicínský management**

**Ordinovaná vyšetření:** Krevní obraz, koagulace, biochemie, laboratorní vyšetření moči (močový sediment), bakteriologie, RTG srdce a plic, elektrokardiogram, neurologické vyšetření.

**Dieta:** 1s- výběr, opatrně přísně vsedě. Při potížích NGS- Nutrison MF Energy

**Pohybový režim:** Neomezený

**Psychoterapie:** Za pacientem dochází pravidelně psychoterapeutka, se kterou řeší důvod svého onemocnění. Pacient komunikuje, odpovídá jasně na dané otázky. O jiných věcech mluví jen se svojí manželkou, která mu je velkou oporou.

**Invaze:** PŽK dx., 1. Den, fixovaná, funkční, bez známek zánětu.

NGS 8. den, funkční.

### **7.4 Posouzení stavu pacienta**

Posouzení stavu pacienta ze dne 5. 3. 2013

#### **Vitální funkce při příjmu**

- TK: 155/95
- Výška: 180 cm
- P: 80
- Hmotnost: 83 kg
- D: 28
- BMI: 28
- TT: 36,6°C
- Pohyblivost: bez omezení
- Stav vědomí: plně při vědomí, orientovaný
- Krevní skupina: A+poz.

### **KO při příjmu: 4. 3. 2013**

- Leukocyty 10,08 norma: 4,0 - 12,0 x 10<sup>9</sup>/l
- Erytrocyty 3,48 norma: 4,0 - 5,2 x 10<sup>12</sup>/l
- Hemoglobin 1,13 norma: 11,5 - 15,5 g/dl
- Hematokrit 0,339 norma: 0,35 - 0,45
- Trombocyty 268 norma: 150 - 450 x 10<sup>9</sup>/l

**Koagulace:** v normě

### **Biochemie:**

- Sodík 140 norma: 137- 146
- Draslík 4,2 norma: 3,8- 5,0
- Chloridy 100 norma: 97- 108
- Močovina 2,3 norma: 2,8- 8,0
- Kreatinin 75 norma: 44- 110
- Glukóza 5,8 norma: 3,9- 5,6

**Močový sediment:** negativní

**Bakteriologie:** moč- negativní, krk, nos, stolice- běžná flóra

**RTG srdce a plíce: 4. 3. 2013-** bez nápadných ložiskových změn. Bránice hladké, úhly volné. Srdce nezvětšeno.

**Elektrokardiogram: 4. 3. 2013-** normální EKG křivka

**Neurologické vyšetření: 4. 3. 2013-** dysartrie, diplopie, slabost šíjového svalstva, pletencová slabost LHK

## **7.5 Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou:**

### **Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou ze dne 5. 3. 2013**

**Hlava a krk:** Tvar lebky mesocefalický, lebka na poklep bez bolesti, vlasový porost přiměřený věku, lehce prořádnuté a prošedivělé. Mimika lehce setřelá oboustranně, unavený výraz v obličeji. Štítná žláza hmatná, náplň žil nezvětšena, karotidy tepou symetricky.

**Oči:** Skléry bílé, spojivky růžové, zornice isokorické, reagují na osvit, bulby jsou ve středním postavení, diplopii udává občas po únavě. Dioptrické brýle nepoužívá.

**Uši:** Bez výtoku, zevní zvukovod čistý, normální tvar i velikost ušních boltců, na pohmat nebolestivé, slyší dobře.

**Nos:** Symetrický, bez výtoku, průchodný, vpravo zavedena NGS, bez známek podráždění.

**Dutina ústní a hrdlo:** Hrdlo klidné, tonzily nezvětšeny, ústní hygiena dobrá, polykání tekutin a slin stále vážne. Rty bez cyanózy, plné, občas suché. Jazyk vlhký, s bělavým povlakem, plazí středem. Chrup bez protézy, bolest zubů neudává.

**Řeč:** Mluví bez problému, občas problém s výslovností z únavy

**Hrudník:** Hrudník klenutý, poklep plný, jasný. Dýchání bez problémů, bez kašle.

**Kardiovaskulární systém:** Krevní tlak zvýšený, akce srdeční pravidelná, bez šelestu.

**Břicho:** V niveau, poklep nebolestivý, bubínkový, stolice pravidelná, plynatost neguje, pupek čistý, kýlu nepozorujeme, ani při zakašlání.

**Genitálie:** Sekundární ochlupení maskulinního typu, předkožku přetáhnout lze, bez sekretu, varlata ve skrotu. Močí pravidelně, moč bez příměsí krve.

**Konečník:** Okolí anu bez hemeroidů, defekace nebolestivá, poslední stolice 4. 3. 2013.

**Horní končetiny:** Na pravé horní končetině zavedena periferní žilní kanyla, 1. den, fixována, sterilně kryta, okolí klidné, bez známek zánětu. Slabost paží při elevaci.

**Dolní končetiny:** V bandážích, DK udrží nad podložkou 60 sekund, bez otoků a varixů, jizvy viditelné z aktivní kopané, uzliny v třísle nehmatám, pulsace hmatné do periferie.

**Páteř:** Vyšetřena v poloze na boku, pokleповě nebolestivá, symetrická

**Endokrinní systém:** Endokrinní žlázy bez vnějších projevů, glykémie v normě, pacient je afebrilní

**Psychiatrické vyšetření:** Deprese vzniklé v souvislosti s onemocněním, terapie vedená psychologem a medikamentózní, zdá se postupně zlepšování stavu. Nyní je schopen určitého nadhledu, naděje vkládá ve zlepšení zdravotního stavu. Manželka dochází denně na oddělení a je velkou oporou pro pacienta. Se synem komunikuje telefonicky, vzhledem k vzdálenosti bydliště.

**Kůže a její adnexa:** Kůže suchá, růžová, čistá, bez cyanózy. Kožní turgor je přiměřený. Nehty zdravé, čisté a upravené.

## **7.6 Posouzení dle modelu Hendersonové**

### **Posouzení dle modelu Hendersonové ze dne 5. 3. 2013**

#### **Pomoc při dýchání.**

**Subjektivně:** „Doposud jsem neměl žádné potíže s dýcháním. Při fyzických úkonech občas pociťuji zrychlené dýchání, ale zatím mi to nezpůsobuje žádné obtíže. Nyní se mi dýchá dobře. Pokojová teplota mi vyhovuje a před spaním si otevírám okno.“

**Objektivně:** Frekvence dýchání je 15 dechů/minutu. Dýchání je pravidelné bez poslechoových šelestů a kašle. Teplota a vlhkost vzduchu na standardním oddělení pacientovi vyhovuje.

**Měřicí technika:** Měření saturace na periferních tkáních je 96%, dosud bez aplikace oxygenoterapie.

**Ošetrovatelský problém: 0**

#### **Pomoc při přijímání jídla a pití.**

**Subjektivně:** „Mám problém při polykání tekutin a potravy. Dnes je to 8. den, kdy mi zaváděli nasogastrickou sondu. Byl jsem poučen o používání NGS a při pocitech

žizně si sám vpravuji čaj. Snažím se polykat ústy, ale stále jsem slabý. Dosud se mi neprojevila žádná alergie.“

**Objektivně:** Pacientovi byla zajištěna logopedka na nácvik příjmu potravy per os. Pacient se snaží, ale stále je na to slabý. Z těchto důvodů mu byla zavedena NGS, do které je aplikován Nutrison Multi Fiber Energy podle nutričního protokolu každé tři hodiny a 50 ml čaje, vše tráví bez přepadu. Bilance tekutin za posledních 24 hodin jsou vyrovnané.

**Měřící technika:** Bilance tekutin, zavedena nasogastrická sonda, nutriční riziko u hospitalizovaného pacienta.

**Ošetrovatelský problém:** Pacient dosud není schopen polykat.

#### **Pomoc při vylučování:**

**Subjektivně:** „S močením nemám žádné problémy, chodím 4-6krát denně, sám si dojdu na toaletu. Stolicí mám pravidelnou, většinou chodím každé ráno, průjem a jiné obtíže nemám.“

**Objektivně:** Pacient je v rámci lůžka soběstačný, na toaletu si dojde sám, při odchodu z toalety se vždy hlásí u zdravotních sester. Močí bez obtíží, moč čistou barvu bez příměsí. Vymočí 2-3 litry/24 hodin. Pocení přiměřené, pokožka suchá.

**Měřící technika:** Bilance tekutin.

**Ošetrovatelský problém:** 0

#### **Pomoc při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy.**

**Subjektivně:** „Před nástupem do nemocnice jsem nepotřeboval žádnou pomoc při chůzi ani jiné aktivitě, byl jsem zvyklý se obsloužit sám. Nyní se cítím unavený, ale pomoc nepotřebuji. Pravidelně rehabilituji s rehabilitační sestrou.“

**Objektivně:** Pacient je dnes po RTG srdce a plíce, po neurologickém vyšetření a cítí se unavený. Dodržuje klidový režim na lůžku. Každý den za ním dochází fyzioterapeutka, nepotřebuje žádné kompenzační pomůcky.

**Měřicí technika:** Barthelův test základních všedních činností – 85bodů, lehká závislost. Rozšířená stupnice Nortonové – 28bodů, bez rizika.

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při odpočinku a spánku.**

**Subjektivně:** „Když jsem byl doma, neměl jsem žádné problémy se spánkem, chodil jsem spát pravidelně. Před spaním jsem si otevíral okno. Neužíval jsem žádné léky na spaní. Tady v nemocnici se mi hůře spí, v noci se probírám a ráno jsem unavený.“

**Objektivně:** Pacient udává problémy se spaním jen po dobu hospitalizace. V noci se 2-3krát vzbudí z neurčitého důvodu a ráno se cítí unavený. Pacient má možnost dostat hypnotika dle ordinace lékaře.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** porucha spánku je spojena se změnou prostředí.

### **Pomoc při výběru oblečení, oblékání a svlékání.**

**Subjektivně:** „Nemám žádné problémy s oblékáním ani svlékáním, rád nosím pohodlné čisté věci. O oděv se mi stará manželka, která mi nosí čisté oblečení.“

**Objektivně:** Pacient nevyžaduje pomoc při oblékání ani svlékání. Oděv má vlastní. Manželka mu nosí čisté prádlo. Pacient je soběstačný.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot.**

**Subjektivně:** „Teplotu jsem měl přibližně před měsícem a to z důvodu nachlazení. Zde na oddělení mi teplota vyhovuje.“

**Objektivně:** Teplotu měříme 3krát denně 6-12-18 hodin. Pacient s udržením tělesné teploty nemá žádný problém.

**Měřicí technika:** měření fyziologických funkcí třikrát denně.

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při udržování čistoty, úpravy těla, ochraně pokožky.**

**Subjektivně:** „Doma se sprchuji 2krát denně, ráno a večer. Tento režim se snažím dodržovat i v nemocnici, ale když jsem unavený, jdu jen jednou za den. Do koupelny si dojdu sám. Pokožku mám suchou, proto si ji každý den mažu krémem.“

**Objektivně:** Pacient je upravený a čistý. Hygienu zvládá sám. Krémuje si celé tělo z důvodu suché kůže. Zvládá to sám, občas si zavolá sestru na promazání zad.

**Měřicí technika:** Barthelův test základních všedních činností – 85bodů, lehká závislost, viz příloha.

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při odstraňování nebezpečí v okolí, ochrana před zraněním sebe i druhých.**

**Subjektivně:** „Zvládám vše sám, po ránu jsem občas unavený, tak stále odpočívám, než se cítím lépe.“

**Objektivně:** Pacient je plně při vědomí. Doma ani v nemocnici nevyžaduje žádnou pomoc. Pacient je soběstačný.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při komunikaci.**

**Subjektivně:** „Občas mám problém s vyjadřováním, z důvodu slabosti. S manželkou vycházím velmi dobře, je mi velkou oporou. S kamarády jsem se scházel v hospodě, mám je rád a nemám s nimi žádný konflikt. Se synem se vídám 2krát ročně, bydlí ve Španělsku. V nemocnici mě přivítá každý den má manželka, která ví o mém zdravotním stavu vše.“

**Objektivně:** Pacient je velmi komunikativní, občas má problém s vyjadřováním a výslovností z důvodu celkové slabosti. Manželka ho našťěvuje každý den a je mu velkou oporou. Pacient s manželkou mají zájem o zdravotním stavu.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** celková slabost a únava.

### **Pomoc při vyznávání víry.**

**Subjektivně:** „Nejsem věřící, kostel nenašťěvuji ani o Vánocích.“

**Objektivně:** Pacientovi byla nabídnuta možnost duchovních služeb, ale pacient je nevěřící.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

### **Pomoc při práci a činnostech.**

**Subjektivně:** „Před hospitalizací jsem byl soběstačný a dělal jsem vše sám. S kamarády jsem chodil do hospody na pivo. Nyní nemám problémy se sám obsloužit, někdy jsem unavený, ale zatím to zvládám. Na propuštění domů se stále necítím.“

**Objektivně:** Pacient je aktivní, čte si knihy a časopisy, prochází se po chodbě sám i s manželkou. Dokáže se zabavit na celý den. Pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutkou a cvičí rád.



**Měřicí technika:** rehabilitace s fyzioterapeutkou.

**Ošetrovatelský problém:** 0

#### **Pomoc při odpočinku.**

**Subjektivně:** „Když jsem byl doma, byl jsem aktivní, pomáhal jsem manželce s domácností, chodili jsme na procházky. Rád čtu knihy a luštím křížovky. Televize mě moc nezajímá, koukám jen na sport. V nemocnici mám spoustu času na čtení knih a luštění křížovek.“

**Objektivně:** Pacient je aktivní, rád rehabilituje s fyzioterapeutkou. Při volné chvíli si čte knihy. Občas je unavený tak odpočívá, ale žádné jiné problémy nemá.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

#### **Pomoc při učení.**

**Subjektivně:** „Před každým vyšetřením jsem řádně edukován a o svém zdravotním stavu se zajímám.“

**Objektivně:** Pacient se zajímá o svůj zdravotní stav. Byl edukován o svém onemocnění a průběhu léčby. Byl poučen o NGS a chápe důvod zavedení.

**Měřicí technika:** 0

**Ošetrovatelský problém:** 0

## **Situační analýza:**

Pacient byl plánovaně přeložen na standardní oddělení neurologické kliniky VFN v Praze 2 dne 4. 3. 2013 z jednotky intenzivní péče neurologické kliniky VFN pro zlepšení celkového stavu. První den hospitalizace se u pacienta provedlo hematologické a biochemické vyšetření krve, RTG srdce a plic, elektrokardiogram a neurologické vyšetření. Plán individuální ošetrovatelské péče je stanoven od 5. 3. 2013 do 10. 3. 2013, kdy byl hospitalizovaný na standardním oddělení. Nyní pacient nepocítuje žádné dechové obtíže, má pravidelnou frekvenci 18 dechů za minutu. Příjem per os zatím nezvládá, má zavedenou nasogastrickou sondu, do které je vpravován každé tři hodiny Nutrison Multi Fiber Energy a 50 ml čaje. Při příchodu logopedky se snaží o příjem per os. Problémy s močením nemá. Bilance tekutin za posledních 24 hodin je vyrovnaná. Pacient je v rámci lůžka soběstačný a má minimální dohled sestrou. Má problémy s usínáním, v noci se budí a ráno je unavený, tyto problémy se objevují jen po dobu hospitalizace. Manželka ho navštěvuje každý den a je mu velkou oporou. Na propuštění se stále pacient necítí.

## 7.7 Sesterské diagnózy a jejich uspořádání dle priorit pacienta

Při vypracování sesterských diagnóz pro pacienta s onemocněním myasthenia gravis jsem pracovala s Kapesním průvodcem zdravotní sestry od autorek Marilyn E. Doenges a Mary Frances Moorhouse, NANDA I.

### 7.7.1 Aktuální sesterské diagnózy

#### Aktuální sesterské diagnózy:

**Polykání porušené** v souvislosti s neuromuskulární poruchou projevující se hromaděním slin v dutině ústní a viditelným obtížným polknutím zejména tekutin.

**Strach z budoucnosti** v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami ze smrti, zvýšeným napětím a nervozitou.

**Spánek porušený** v souvislosti se změnou prostředí a nutností hospitalizace, projevující se unaveným výrazem, přerušovaným spánkem a ztrátou psychické pohody po probuzení.

**Únava** v souvislosti se svalovou slabostí projevující se zvýšenou unavitelností a slabostí.

**Polykání porušené v souvislosti s neuromuskulární poruchou projevující se hromaděním slin v dutině ústní a viditelným obtížným polknutím zejména tekutin.**

**Priorita:** Vysoká.

**Dlouhodobý cíl:** Pacient dokáže přijmout ústy kašovitou stravu do 1 týdne

**Krátkodobý cíl:** Pacient zná zásady bezpečného polykání, byl poučen a spolupracuje do 1 dne

#### Výsledná kritéria:

- Pacient zná rizika a preventivní opatření proti aspiraci do 1 dne.
- Pacient si osvojí přiměřený způsob přijímání stravy a tekutin do 2 dní.

- Pacient přijme alespoň porci kašovitě stravy za den bez známek aspirace do 3 dnů.
- Pacient přijme ústy alespoň 200 ml tekutin za den bez známek aspirace do 5 dnů.
- Pacient je dostatečně hydratován, má normální turgor kůže, přiměřenou vlhkost sliznic do 24 hodin.

### **Plán intervencí 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Zjistí míru poruchy polykání do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Zajisti podávání alternativní výživy s tekutin cestou NGS do 6 hodin - všeobecná sestra.
- Pečuj o průchodnost NGS a kontroluj její uložení každý den - všeobecná sestra.
- Zabezpeč konzultaci nutričního terapeuta směrem k výběru vhodné stravy do 24 hodin - všeobecná sestra.
- Edukuj pacienta o přiměřeném polykání, riziku a prevenci aspirace do 6 hodin - všeobecná sestra.
- Zajisti, aby pacient přijímal potravu a tekutiny striktně vsedě, do úst si vkládal malé množství potravy a tekutin do 2 dnů - všeobecná sestra.
- Sleduj bilanci tekutin a vlhkost sliznic dvakrát denně - všeobecná sestra.
- Působ pozitivně na psychiku pacienta každý den - všeobecná sestra.

### **Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

Při příjmu jsem pacienta změřila, zvažila a vypočítala BMI: hmotnost- 83 kg, výška- 180 cm, BMI- 28. Pacient zná rizika a preventivní opatření proti aspiraci, je poučen o přiměřeném způsobu přijímání potravy a tekutin. Polykání zkušeno v rámci vstupního posouzení, vzhledem o odpolední únavě nácvik polykání odložen. V dalších dvou dnech pacient cvičil polykání s logopedkou, přijal ústy 400 ml zahuštěného čaje Nutilisem, bez známek aspirace. Pacient měl velkou radost z toho, že to zvládnul. Čtvrtý den pacient zkoušel přijmout perorálně přesnídávku, bez žádného problému, bilance vyrovnané. Pátý den byla pacientovi objednaná kašovitá strava, byl schopen přijmout

polovinu porce stravy a 250 ml nezahuštěného čaje. Poslední den je pacient schopen přijmout perorálně kašovitou stravu, bilanci má vyrovnanou, sliznice vlhké.

**Hodnocení: (10. 3. 2013)**

Cíl byl splněn. Pacient neubývá na váze. Jeho polykání se zlepšilo, nemá problém s kašovitou stravou.

**Strach v souvislosti se změnou zdravotního stavu, projevující se obavami ze smrti, zvýšeným napětím a nervozitou.**

**Priorita:** Střední.

**Dlouhodobý cíl:** Pacient nejeví známky strachu do 10 dnů.

**Krátkodobý cíl:** Pacient hovoří otevřeně o svém strachu do 5 dnů.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient byl seznámen s možností psychoterapeutky do 1 dne.
- Pacient se rozhodl plně spolupracovat s psychoterapeutkou do 2 dnů.
- Pacient mluví otevřeně o svých obavách do 3 dnů.
- Pacient verbálně vyjádří zmírnění nebo vymizení strachu do 5 dnů.

**Plán intervencí:**

- Edukuj pacienta o možnosti s psychoterapeutem do 1 dne - všeobecná sestra.
- Dej pacientovi prostor a čas k vyjádření jeho pocitů po dobu hospitalizace - všeobecná sestra.
- Spolupracuj s jeho rodinou, edukuj jeho rodinu do 2 dnů - všeobecná sestra.
- Odpovídej empaticky na otázky pacienta každý den - všeobecná sestra.
- Nauč pacienta relaxační techniky do 24 hodin - všeobecná sestra.

- Podávej pacientovi antidepresiva dle ordinace lékaře a pozoruj jejich efekt každé dny po podání - všeobecná sestra.

### **Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

Při příjmu na oddělení pacient výborně spolupracoval, byl seznámen s nemocničním řádem, z důvodu první hospitalizace. Provedla jsem ho po oddělení seznámila jsem ho s ostatními pacienty na pokoji. Pacient byl velmi komunikativní a při dlouhém rozhovoru s druhým pacientem na pokoji zjistil, že se znají. Naposledy se viděli na svatbě před 35 lety, kdy mu byl za svědka. Pacient byl velmi rád, že si má s kým povídat. Další den se pacient dozvěděl, že jeho kamaráda propouštění a začal být nervózní a smutný. Požádal mě o konzultaci s psychoterapeutkou. Psychoterapeutka dorazila další den, pracovala s pacientem hodinu a půl, naučila ho relaxační metody a odpovídala na otázky pacienta. Před spaním mě pacient požádal o antidepresivum. Podala jsem mu Citalec 10 mg dle ordinace lékaře. V dalších dnech docházela psychoterapeutka za pacientem, jak zvládá relaxační metody. Byla spokojená, protože pacientovi velmi pomáhali a odreagoval se. Každý večer si stále říkal o antidepresivum. Dle ordinace lékaře mu byla snížena dávka antidepresiv, dostával jen Citalec 5 mg. V posledních dvou dnech se pacient budí s úsměvem na tváři, cítí se dobře. Je komunikativní a těší se na návštěvu manželky.

### **Hodnocení: 10. 3. 2013**

Pacient má všechny dostupná informace, udává zmírnění strachu, mluví otevřeně o všem, co ho trápí. Psychoterapeutka dochází jen na vyžádání pacienta, kdy mu je nejhůře. Cíl byl splněn částečně. Léčba antidepresivy musí pokračovat.

**Spánek poručený v souvislosti se změnou prostředí a nutností hospitalizace, projevující se unaveným výrazem, přerušovaným spánkem a ztráty psychické pohody po probuzení.**

**Priorita:** Střední

**Dlouhodobý cíl:** Pacient dosáhne kvalitního spánku do 5 dnů.

**Krátkodobý cíl:** Pacientovi upravit spánkový režim do 2 dnů.

### **Výsledná kritéria:**

- Pacient chápe příčiny způsobující poruchu spánku do 1 dne
- Pacient zná vedlejší účinky hypnotik do 6 hodin
- Pacient zná relaxační metody na zlepšení usínání a zkvalitnění spánku do 12 hodin
- Pacient konstatuje zlepšení spánku a pocit odpočinku do 3 dnů
- Pacient spí minimálně 8 hodin v noci do 4 dnů

### **Plán intervencí 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Zjistí rizikové faktory způsobující poruchu spánku do 6 hodin – všeobecná sestra.
- Udržuj v rámci možností tiché a klidné prostředí po dobu hospitalizace – celá ošetrovatelský i zdravotnický personál.
- Edukuj pacienta o vedlejších účincích hypnotik do 4 hodin – všeobecná sestra
- Nauč pacienta relaxační metody pro zlepšení a kvalitu spánku do 6 hodin – všeobecná sestra a fyzioterapeutka
- Věnuj pozornost psychice pacienta každý den- všeobecná sestra.
- Podávej hypnotika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost a vedlejší účinky každý den po podání hypnotik – všeobecná sestra.

### **Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

Při rozhovoru s pacientem jsme zjistili všechny příčiny jeho problému se spánkem, seznámili jsme ho o chodu na oddělení. Naučili jsme pacienta relaxační metody, které používal každý den pro zkvalitnění spánku. Pacient si první tři dny žádal o hypnotika. Dle ordinace lékaře jsem mu podala Stilnox půl tablety před spaním. Pacient se ráno vzbudil odpočatý s dobrou náladou. V následujících dnech po domluvě s lékařem pacient požádal o vysazení hypnotik. Pacient i nadále měl kvalitní spánek.

### **Hodnocení: 10. 3. 2013**

Cíl byl splněn, pacient si uvědomuje všechny příčiny poruchy spánku, plní všechny opatření a doporučení. Následující noc pacient spal více jak 7 hodin v kuse a po probuzení byl odpočatý.

**Únava v souvislosti se svalovou slabostí projevující se zvýšenou unavitelností a slabostí.**

**Priorita:** Střední

**Dlouhodobý cíl:** Pacient vykonává běžné činnosti a účastní se aktivit v maximální možné míře do konce hospitalizace.

**Krátkodobý cíl:** Pacient cítí zmírnění únavy do 4 dní.

**Výsledná kritéria:**

- Pacient vyjmenuje faktory zhoršující příznaky MG do 24 hodin.
- Pacient identifikuje nástup zhoršující se únavy do 24 hodin.
- Pacient si uvědomuje nutnost odpočinku a nepřepínání se do 1 dní.
- Pacient se aktivně zúčastňuje na léčebném programu do konce hospitalizace.

**Plán intervencí: 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Vysvětlí pacientovi příčiny jeho zvýšené únavy do 4 hodin – všeobecná sestra a lékař
- Edukuj pacienta o faktorech zhoršující příznaky MG do 4 hodin – všeobecná sestra
- Zdůrazni dodržování pravidel životosprávy a nutnosti změny životního stylu do 4 hodin – všeobecná sestra
- Monitoruj projevy nastupující a zhoršující se únavy a slabosti svalů do 4 dnů – všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o vhodném rozložení denních aktivit do 24 hodin – všeobecná sestra



- Zajisti pacientovi dostatečný odpočinek a spánek do 1 dne – všeobecná sestra
- Chraň pacienta před nákazou po dobu hospitalizace – celý ošetřovatelský tým
- Pomáhej pacientovi dle potřeby se základní péčí po dobu hospitalizace – všeobecná sestra a ošetřovatelka

**Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

Pacient při přijetí byl unavený z vyšetření, které proběhly. Vysvětlili jsme pacientovi jak se šetřit a zbytečně se nezatěžovat. Lékař vysvětlil pacientovi faktory zhoršující jeho onemocnění a pacient vše pochopil. Nabídli jsme pacientovi možné denní aktivity, kterých se může zúčastnit tak, aby mu to neuškodilo. Pacient nikdy nebyl natolik unavený, aby nic nezvládnul sám. V rámci lůžka je soběstačný.

**Hodnocení: 10. 3. 2013**

Cíl byl splněn. Pacient zná faktory zhoršující příznaky onemocnění. Uvědomuje si nutnost odpočinku a úpravu denního režimu. Aktivně se účastní léčebného programu.

## 7.7.2 Potencionální sesterské diagnózy

**Potencionální sesterské diagnózy:**

- Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s neschopností perorálně přijmout adekvátní denní množství tělesných tekutin.
- Aspirace, zvýšené riziko v souvislosti s porušeným polykáním.
- Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivními vstupy (PŽK).

**Tělesné tekutiny, riziko deficitu v souvislosti s neschopností perorálně přijmout adekvátní denní množství tělesných tekutin.**

**Priorita:** střední

**Dlouhodobý cíl:** Pacient má rovnováhu tělesných tekutin po dobu hospitalizace

**Krátkodobý cíl:** Pacient zná zásady dodržování pitného režimu do 1 dne

**Plán intervencí: 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Pouč pacienta o dodržování příjmu tekutin do 1 dne- všeobecná sestra
- Kontroluj pokožku a stav sliznic každý den- všeobecná sestra
- Sleduj bilanci tekutin každý den- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o vhodných tekutinách do 1 dne- všeobecná sestra

**Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

Poučila jsem pacienta o dodržování příjmu tekutin a o vhodných tekutinách první den hospitalizace. Každý den jsem sledovala bilanci tekutin, pokožku a stav sliznic.

**Hodnocení: 10. 3. 2013**

Cíl byl splněn. Pacient se snažil dodržovat denní příjem tekutin i s pomocí NGS. Po odstranění NGS pacient zvládal pít celkem dobře. Bilanci tekutin má vyrovnanou.

**Aspirace, zvýšené riziko v souvislosti s porušeným polykáním.**

**Priorita:** vysoká

**Dlouhodobý cíl:** Pacient neaspiroval tekutiny po dobu hospitalizace

**Krátkodobý cíl:** Pacient zná metody, jak zabránit aspiraci do 4 hodin.

**Plán intervencí: 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Zajisti logopedické cvičení pro nácvik polykání do 1 dne- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o metodách, jak zabránit aspiraci do 4 hodin- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o nutnosti dohledu při polykání do 2 hodin- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o poloze při příjmu potravy do 2 hodin- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o signalizačním zařízení při příjmu na oddělení- všeobecná sestra

**Realizace: 5. 3. – 10. 3. 2013**

První den jsme pacienta edukovali o metodách, jak zabránit aspiraci, o nutnosti dohledu při polykání, o poloze při příjmu potravy. Vysvětlila jsem mu, jak se používá signalizační zařízení. Zajistila jsem logopedické cvičení pro nácvik polykání. Každý den, po celou dobu hospitalizace měl pacient logopedické cvičení.

**Hodnocení: 10. 3. 2013**

Cíl byl splněn. Po celou dobu hospitalizace u pacienta nedošlo k aspiraci.

**Infekce, riziko vzniku v souvislosti s invazivními vstupy (PŽK).**

**Priorita:** vysoká

**Dlouhodobý cíl:** Pacient je bez známek infekce po dobu hospitalizace

**Krátkodobý cíl:** Pacient zná zásady péče o invazivní vstup do 1 dne

**Plán intervencí: 5. 3. – 10. 3. 2013**

- Edukuj pacienta o dodržování hygieny rukou do 6 hodin- všeobecná sestra
- Sleduj invazivní vstup každý den- všeobecná sestra
- Přistupuj asepticky při manipulaci s PŽK každý den- všeobecná sestra
- Edukuj pacienta o projevech komplikací do 1 dne- všeobecná sestra

**Realizace: 5. 3. -10. 3. 2013**

První den hospitalizace byl pacientovi zaveden permanentní žilní katétr. Edukovala jsem pacienta o dodržování hygieny rukou a o projevech komplikací. Každý den jsem sledovala invazivní vstup. Denně jsem přistupovala asepticky při manipulaci s PŽK a dle potřeby převazovala.

**Hodnocení: 10. 3. 2013**

Cíl byl splněn. Pacient nemá žádné známky infekce po dobu hospitalizace.

## **8 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacient byl přeložen na standardní oddělení z jednotky intenzivní péče neurologické kliniky s myasthenia gravis. V rámci lékařské terapie a komplexní ošetrovatelské péče se stav pacienta zlepšil. Pacient je plně informován a seznámen se svým onemocněním. Uvědomuje si, že pravidelné užívání léků, celková léčba a změna životosprávy může udržet jeho nemoc v podobě remise na dobu několika měsíců, až let. Pacient je soběstačný, klidný a spolupracuje. Příjem per os zvládá dobře proto mu byla odstraněna NGS. S přihlédnutím k této diagnóze je pravděpodobnost, že se některé problémy budou opakovat proto je nutná další hospitalizace a stanovení nových ošetrovatelských problémů. Pacient se aktivně zapojoval do denních aktivit. S postupem a vývojem onemocnění bude nutné nadále pacienta a rodinu edukovat. Ošetrovatelskou péčí pacient hodnotí kladně.

## **9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě svých zkušeností získaných zaměstnáním a klinickou praxí na neurologické klinice, načtením odborné literatury, ošetrovatelské dokumentace a získaných poznatků od pacienta, přikládám toto doporučení pro praxi:

### **Doporučení pro pacienta**

- Přehodnotit své priority a posunout zdraví na první místo.
- Předcházet této nemoci správnou životosprávou.
- Zajímat se o nové poznatky v léčbě myasthenia gravis.
- Brát pravidelně a v přesně určenou dobu léky.
- Chodit pravidelně na kontroly.

### **Doporučení pro rodinu**

- Zajímat se o jeho zdravotní stav.
- Být psychickou oporou a mít dostatečnou trpělivost.

### **Doporučení pro ošetrovatelský tým**

- Vyhradit si pro pacienta dostatek času, jednat trpělivě, dle etických zásad.
- Dbejme o psychiku pacienta.
- Povzbuzujme ho ve vizualizaci budoucnosti.
- Pečlivě sledujme výživu a hydrataci pacienta.
- Při projevech nemoci, při některých aktivitách prováděných pacientem s určitou specifičností, pacienta nepozorujeme příliš okatě, neuvádějme ho zbytečně do rozpaků.

## **10 ZÁVĚR**

V teoretické části jsme se pokusili obsáhnout základy vědomostí o možných příčinách, diagnostice, léčbě, prognóze a specifických zásadách ošetrovatelské péče u pacienta s myasthenia gravis.

V praktické části jsme se snažili poukázat na typickou bio-psycho-sociální problematiku jedince s tímto onemocněním. Vytyčili jsme dané problémy pacienta a snažili se o jejich splnění.

Cílem bakalářské práce bylo všestranně zpracovat medicínskou, ošetrovatelskou problematiku onemocnění myasthenia gravis, což jsme splnili. Prostřednictvím Virginie Avenel Hendersonové jsme určili deficity potřeb pacienta, plánováním a realizací se podařilo stanoveným cílům dosáhnout. U pacienta došlo terapií, vhodnými režimovými opatřeními a důslednou ošetrovatelskou péčí v poměrně krátké době k významnému zlepšení zdravotního stavu.

Díky stále se vyvíjecí se medicíně je možné pacientům s tímto onemocněním poskytovat mnohem kvalitnější lékařskou a ošetrovatelskou péčí než dříve. Úroveň péče záleží na odborném, profesionálním přístupu celého zdravotnického personálu k pacientovi a jeho rodině. Nejdůležitější částí je dodržování léčebných nařízeních a prvotní překonání pacientových obav, proto je důležitá edukace pacienta a jeho rodiny. Při dodržování komplexní léčby a životního stylu je možný návrat do zcela plnohodnotného života.

## **Seznam použité literatury**

AMBLER, Zdeněk, 2006. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 351 s. ISBN 80-726-2433-4.

BOROŇOVÁ, Jana, 2010. *Kapitoly z ošetrovatelství I*. Plzeň: Maurea, 193 s. ISBN 978-80-902876-4-8.

DOENGES, Marilyn E., 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2005. *Ošetrovatelstvo - teória*. Martin: Osveta, 134 s. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícke školy. ISBN 80-806-3086-0.

KAMINSKI, H. J., 2003. *Myasthenia gravis and related disorders*. 1. Vyd. Totowa, New Jersey: Human Press, 396 s. ISBN 1-58829-058-1.

KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Jaroslava JIRÁSKOVÁ, 2003. *Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 93 s. ISBN 80-733-3012-1.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAČÁK, Jiří a Jana MAČÁKOVÁ, 2004. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 347 s., 24 s. barev. příl. ISBN 80-247-0785-3.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2007. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 379 s. ISBN 978-802-4713-564.

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

NĚMCOVÁ, Jitka, 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro*

*posluchače zdravotnických oborů*. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea, 114 s. ISBN 978-80-904955-5-5.

NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana UHROVÁ a Jaroslava JIRÁSKOVÁ, 2006. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy: obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 135 s. ISBN 80-716-8940-8.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PÍŤHA, Jiří, 2010. *Myasthenia gravis a ostatní poruchy nervosvalového přenosu*. Praha: Maxdorf, 367 s. . ISBN 978-807-3452-308.

PÍŤHA, Jiří, 2006. *Myasthenia gravis, klinický obraz*. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. roč. 69/102, č. 5, s. 401. ISSN 1210-7859

PÍŤHA, Jiří, 2005. *Myasthenia gravis dětského věku*. In *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. roč. 68/101, č. 6, s. 424. ISSN 1210-7859

PÍŤHA, Jiří a Jana PEŠATOVÁ, c2004. *Myasthenia gravis: obávaná diagnóza? : vše, co byste měli vědět o své nemoci*. Praha: Maxdorf, 66 s. Medica. ISBN 80-734-5027-5.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

SCHÜTZNER, Jan a Václav ŠMAT, c2005. *Myasthenia gravis: komplexní pojetí a chirurgická léčba*. 1. vyd. Praha: Galén, 137 s. ISBN 80-726-2307-9.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, c2006. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 165 s. ISBN 80-806-3218-9.

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



WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, 2006. *Základy speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 396 s. Učební texty Univerzity Karlovy. ISBN 978-802-4610-207.

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem veškeré informace získala v průběhu odborné praxe na neurologické klinice VFN.

V Praze dne .....

.....  
*Podpis*

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Barthelův test základních všedních činností	I
Příloha B - Rozšířená stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitu	II
Příloha C - Bílkovinná dieta s nízkým obsahem cholesterolu při užívání vyšších dávek kortikoidů	III

## Příloha A – Barthelův test základních všedních činností

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodů **vysoce závislý**
- 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**
- 65 – 95 bodů **lehká závislost**
- 96 – 100 bodů **nezávislý**

Zdroj: STAŇKOVÁ, 2004, s.35

## Příloha B - Rozšířená stupnice Nortonové – hodnocení rizika vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita		
Úplná	4	00-10	4	Normální	4	Žádné	4	Dobrý	4	Dobrý	4	Úplná	4	Není	4	Chodí	4
Malá	3	11-30	3	Alergie	3	Horečka Diabetes Anemie Karcinom	Podle závažnosti nemoci 3-1	Zhoršený	3	Apatický	3	Částečně omezená	3	Občas	3	Doprovod	3
Částečná	2	31-60	2	Vlhká	2	Kachexie Obezita On.cév A jiné		Špatný	2	Zmatený	2	Velmi omezená	2	Převážně močová	2	Sedačka	2
Žádná	1	nad 60	1	Suchá	1			Velmi špatný	1	Bezvědomí	1	Žádná	1	Stolice i moč	1	Upoután na lůžko	1

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko)

Zdroj: STAŇKOVÁ, 2004, s.48

## **Příloha C - Bílkovinná dieta s nízkým obsahem cholesterolu při užívání vyšších dávek kortikoidů**

### **Bílkovinná dieta s nízkým obsahem cholesterolu při užívání vyšších dávek**

#### **Kortikoidů**

Hlavním zdrojem plnohodnotných bílkovin jsou potraviny živočišného původu: maso, masné výrobky, mléko, mléčné výrobky a vejce. Nevýhodou těchto potravin je vysoký obsah živočišného tuku a cholesterolu. Protože jedním z nežádoucích účinků vyšších dávek kortikoidů je zvýšení hladiny cholesterolu v krvi, je třeba vybírat ty druhy potravin, kde je množství živočišného tuku a cholesterolu nízké.

#### ***Doporučené potraviny:***

**Maso:** drůbeží (kuře, krůta), králík, ryby (kapr, pstruh, rybí filé, treska, losos, makrela), telecí, libové hovězí (zadní), libové vepřové (kýta).

**Masné výrobky:** drůbeží nebo vepřová šunka, drůbeží salám, ostatní masové výrobky zásadně nejdou vhodné.

**Mléko:** sladké i kyselé s obsahem tuku do 1,5 %.

**Mléčné výrobky:** sýry s obsahem tuku v sušině 30 - 40 %, tvrdé sýry (Eidam 30 %, Gouda 30 %), tavené sýry 30 %, krémové sýry (Lučina, Gervais), dezertní sýry (Romadur, Olomoucké tvarůžky), tvaroh bez tuku nebo polotučný, jogurty s obsahem tuku do 3 %. Vždy sledujte obsah tuku na obalu výrobku.

**Vejce:** vaječný bílek lze konzumovat bez omezení, vaječný žloutek obsahuje velké množství cholesterolu, a proto ho nepoužívejte.

**Bílkoviny rostlinného původu:** luštěniny (čočka, hrách, sojové boby). Doporučený zvýšený příjem bílkovin na den je 1,2 - 1,5 g bílkovin na kg tělesné váhy. Žena vážící 65 kg by měla sníst 80 - 95 g bílkovin denně. Muž vážící 85 kg by měl zkonsumovat 100 - 130 g bílkovin denně.

**Tuky:** na přípravu pokrmu používejte pouze rostlinné oleje (olivový, slunečnicový, sojový), na mazání rostlinná másla (Flora, Rama, Perla).

Pokrmy připravujeme vařením nebo pečením bez tuku. Smažené pokrmy jsou nevhodné! Zařazujeme do jídelníčku dostatek čerstvé zeleniny a ovoce, dáváme přednost tmavému chlebu a celozrnnému pečivu. Je nutno omezit nebo zcela vyřadit z jídelníčku cukr, sladkosti, čokoládu a alkohol.

Zdroj: PÍŤHA, 2004, s.57