

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Blanka SVĚTLÍKOVÁ, DiS.

Praha 2013

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

OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS

Bakalářská práce

Bc. BLANKA SVĚTLÍKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Iva Jahodová

PRAHA 2013



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

Světlíková Blanka
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce


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

Ošetřování pacienta s myasthenia gravis

Nursing Care of Patient with Myasthenia Gravis

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 3. 9. 2012


prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svou 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 Karlových Varech, dne 1. 4. 2013

Bc. Blanka Světlíková, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou vyslovila poděkování mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové za odborné vedení při psaní práce, za poskytnutí informací, praktické připomínky a rady při zpracování tématu.

Děkuji též svým dětem za nesmírnou trpělivost.

„Každá těžkost, každá překážka je příležitostí, které se Vám dostává. Je to příležitost k růstu. A růst, vývoj, je tím jediným smyslem pobytu na planetě Zemi.“

Elisabeth Kübler – Rossová

ABSTRAKT

SVĚTLÍKOVÁ, Blanka. *Ošetřování pacienta s myasthenia gravis*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha 2013. 61 s.

Tématem bakalářské práce je prezentace závažného onemocnění Myasthenia gravis. Důležité je nemoc včas diagnostikovat a léčit ji moderními metodami. Tato choroba ovlivní nejen pacienta, ale celou rodinu. K řešení tématu byla zvolena metoda kazuistiky pacienta. Praktická část je věnována ošetrovatelskému procesu, včasnému a správnému vyhodnocení zdravotního stavu. Poznatky a informace o nemoci využité v prevenci možných komplikací, zamezení rozvoji kritického stavu. Znalosti zdravotnického personálu musí být na vysoké profesionální úrovni. Spolupráce s rodinnými příslušníky může překonat komplikace spojené s nemocí. Nutná je pravidelnost podávání léků, pohotové jednání, případná resuscitace v kritickém stavu. Významnou roli zde hraje nejen zdravotnický personál, ale rodina a její ochota se aktivně podílet na léčbě.

Klíčová slova

Myasthenia gravis. Myastenická krize. Ošetrovatelská péče. Svalová slabost. Thymus.

ABSTRACT

SVĚTLÍKOVÁ, Blanka. *Treating a Patient with Myasthenia gravis*. Nursing College, o.p.s. Degree: Bachelor (Bc). Tutor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague 2013. 61 pages.

The topic of my bachelor thesis is about the presentation of severe disease Myasthenia gravis. It is necessary to diagnose the disease early and treat it with modern methods. This disease affects not only the patient but the whole family members. The topic was chosen to sort out by means of using casuistry about a patient. The practical part is devoted to the nursing process, soon and correct assessment of health status. Knowledge and information about the disease are used in preventing from the next possible complications and the development of critical illness. Knowledge of medical staff must be a high professional standard. Cooperation with family members can help to avoid the complications associated with the disease. It's necessary to administer medication regularly, prompt reaction and sometimes resuscitation in critical condition. Medical staff plays a very important role in treatment, but family willingness also contributes in treatment.

Keywords:

Crisis Muscle Weakness. Myasthenic. Myasthenia gravis. Nursing Care. Thymus.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	12
1 DEFINICE	13
1. 1 Fyziologie nervosvalového přenosu	13
1. 2 Příčina	13
1. 3 Epidemiologie	14
2 PATOFYZIOLOGIE	15
3 KLINICKÝ OBRAZ	16
3. 1 Příznaky.....	16
3. 2 Formy myastenie gravis	16
3. 3 Myastenická krize	17
3. 4 Komplikace	17
4 DIAGNÓZA	19
5. LÉČBA	21
6. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	
U PACIENTŮ S MYASTHENIA GRAVIS	27
7. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTŮ S MYASTHENIA GRAVIS ...	28
7. 1 Identifikační údaje	28
7.2 Utřídění informací podle teorie Virginie Henderson	32
7. 3 Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Virginia Henderson	39
7. 4 Zhodnocení ošetrovatelské péče	48
7. 5 Interpretace	50
7.6 Diskuze	51
DOPORUČENÍ	53
ZÁVĚR	58
SEZNAM LITERATURY	59
PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 Diplopie	16
OBRÁZEK 2 Vyšetření v klidovém stavu	18
OBRÁZEK 3 Ice pack test	18

SEZNAM ZKRATEK

AChR	acetylcholinesteráza
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CT	computerová tomografie
DM	diabetes mellitus
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiogram
EMG	elektromyelografie
GIT	gastrointestiální trakt
IgG	imunoglobulin tvořící cca 75 % imunoglobulinů v séru, je rovnoměrně rozložen v cévách a mimo cévy
IgM	imunoglobulin, který vzniká při primární imunitní odpovědi
JIP	jednotka intenzivní péče
MG	myasthenia gravis
MR	magnetická rezonance
MuSK	svalově specifická tyrozin kináza
NGS	nazogastrická sonda
RTG	rentgen
SaO ₂	saturace hemoglobinu kyslíkem v arteriální krvi
Thymus	brzlík
UPV	umělá plicní ventilace

SEZNAM ODBORÝCH VÝRAZŮ

- Abdukce – odtažení, pohyb směrem od osy těla
- Acetylcholinesteráza – enzym, který rozkládá acetylcholin, a snižuje tak jeho působení na synapsi
- Amenorea – vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti
- Anamnéza – předchorobí. Součást vyšetřování, při němž se lékař dotazuje pacienta na onemocnění v jeho rodině, na dosavadní onemocnění, léčbu, operace úrazy
- Antiarytmika – léky proti poruchám srdečního rytmu
- Astrupovo vyšetření – vyšetření acidobazické rovnováhy, kterým se zjišťuje pH krve
- Cyanóza – namodralé zbarvení kůže a sliznic, které je důsledkem vyššího obsahu neokysličeného hemoglobinu v krvi
- Deprese – duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem
- Deficit – chybění, nedostatek, deficience
- Dehydratace – ztráta a nedostatek vody v organizmu, buňkách aj.
- Denzita – hustota
- Desaturace – opak k saturaci
- Extraokulární – vně oka, očního bulbu
- Farmakorezistentní – odolný (rezistentní) vůči léčbě pomocí léků (farmakoterapii)
- Fascikulace – samovolné záškuby svalových vláken, které nezpůsobují pohyb svalu jako celku, ale mohou být viditelné pod kůží
- Glaukom – zelený zákal (zvýšený nitrooční tlak)
- Glykoprotein – bílkovina obsahující ve své molekule cukr
- Hemodynamický – zabývá se prouděním krve v krevním oběhu, činností srdce a cév
- Hepatotoxický – látky poškozující játra
- Hyperglykemie – vysoká hladina (koncentrace) glukosy v krvi
- Hyperkapnie – zvýšení parciálního tlaku oxidu uhličitého v arteriální krvi
- Hypertenze – vysoký tlak krve
- Hypokalemie – nízká koncentrace kaliumu v krvi
- Hypomimie – snížená mimika
- Hypoxemie – nedostatek kyslíku v krvi
- Cholinergní – týkající se acetylcholinu jako neurotransmiteru, přenos nervového vzruchu na kosterní svalstvo

Cholinesteráza – enzym rozkládající estery cholinu

Imobilizace – znehybnění, uvedení do stavu nepohyblivosti

Imunoglobulin – protilátka, je součástí humorální imunity, chrání proti některým druhům infekce, zneškodňuje toxiny či viry

Imunosupresiva – léky potlačující imunitní reakce

Imunopatogeneze – patogeneze podmíněná imunitními ději

Inhibitor acetylcholinesterázy – skupina látek zvyšující účinek působení acetylcholinu na synapsi

Katarakta – šedý zákal, (onemocnění čočky oka, při němž dochází ke ztrátě její průzračnosti s postupným zhoršováním zraku

Kognitivní – mající poznávací význam

Monoterapie – léčba jedním způsobem

Mortalita – úmrtnost

Myorelaxancia – léky snižující napětí (tonus) svalů

Neurotoxický – toxický pro nervový systém

Neurotransmitter – nervový přenašeč, chemická látka uvolňovaná z nervového zakončení na synapsi

Orofaciální – týkající se oblasti úst a obličeje

Orofaryngeální – týkající se dutiny ústní a hltanu

Paraneoplastický syndrom – projevy nádorového onemocnění různě vzdálené od místa nádoru

Perfúze – průtok krve tkání nebo orgánem

Polymorbidita – přítomnost více chorob současně

Receptor – buňka, skupina buněk nebo orgán, jejichž funkcí je zaznamenat stav a změny v organismu nebo v zevním prostředí a informovat o nich vyšší centra

Regurgitace – zpětný tok

Salivace – slinění, produkce a vylučování slin

Statiny – skupina léků snižující množství cholesterolu v krvi

Synapse – štěrbinovité spojení mezi výběžkem nervové buňky (neuronu) a další nervovou buňkou, popř. svalem či žlázou

Tachypnoe – zrychlené dýchání

Tonus – napětí svalu, stěny cévy, nervové napětí

Thymektomie – chirurgické odstranění brzlíku

Thymom – nádor brzlíku

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je podání informací, které jsou určeny nejen pro pacienty s myastenii gravis, ale i pro jejich rodinné příslušníky a zdravotnický personál.

V jednotlivých kapitolách jsou předloženy informace o vzniku, příčinách, příznacích, potížích, diagnostice, léčbě, event. komplikacích při myasthenia gravis (MG). Jak lze ovlivnit průběh myasthenie, život s myastenii, nutnost změny životního stylu při MG.

Praktická část je zaměřena na zhodnocení pacienta, anamnestické údaje, jednotlivé fáze procesu, zhodnocení ošetrovatelské péče, doporučení pro praxi.

Práce má přispět k orientačnímu přehledu a zvýšené informovanosti zdravotního personálu v této problematice. Ten velkou měrou ovlivňuje psychický stav nemocných s MG, podílí se na zdárném průběhu onemocnění, snižuje riziko výskytu nežádoucích faktorů, podílí se preventivními opatřeními na snižování výskytu komplikací, spolupracuje a edukuje rodinné příslušníky.

Cíle bakalářské práce jsou:

- získání uceleného přehledu o problematice MG,
- upozornění na úskalí v ošetrovatelské péči,
- poznatky a zkušenosti využít v prevenci a předcházení možným komplikacím,
- kvalitní edukace pacienta i rodinných příslušníků,
- včasné a správné zhodnocení zdravotního stavu a zabránění možným kritickým následkům,
- včasné řešení komplikací, jejímu předcházení a rozvoji,
- včasné rozpoznání rizikových faktorů.

Informace budou využity a uplatněny zdravotnickým personálem v praxi

Práce přispěje k řešení problémů v ošetrovatelské péči. Zajistí kroky vedoucí k prevenci vzniku rizikových faktorů, komplikací s nimi spojené a edukaci zdravotnického personálu v péči o pacienty s MG.

1 DEFINICE

Myasthenia gravis (MG) je autoimunitní onemocnění, při kterém dochází k destrukci acetylcholinových receptorů na nervosvalové ploténce. Tyto receptory jsou nezbytné pro přenos akčního potenciálu z neuronu na svalové vlákno a tudíž ke vzniku svalové kontrakce. Typickým klinickým příznakem je kolísající svalová slabost.

1.1 Fyziologie nervosvalového přenosu

Ke vzniku svalové kontrakce je nutný přestup akčního potenciálu z neuronu na svalové vlákno. Spoj mezi těmito dvěma strukturami tvoří nervosvalová ploténka. Ta se skládá z presynaptické části neuronu, který ve svém zakončení obsahuje vezikuly s neurotransmiterem acetylcholinem. Akční potenciál způsobí zvýšený influx vápenatých kationtů a ty indukují uvolnění acetylcholinu z vezikul do synaptické štěrbin. Ten poté difunduje k postsynaptické membráně vybavené acetylcholinovými receptory nikotinového typu. Acetylcholinesteráza (AChR) funguje jako iontový kanál. Navázání AchR vyvolá influx sodíkových iontů a tím dojde k depolarizaci membrány svalového vlákna a vzniku kontrakce. AChR je navázán na receptor jen po dobu několika milisekund. Je rozkládán a tím pádem i inaktivován enzymem acetylcholinesterázou.

1.2 Příčina

Základní příčinou MG je vznik autoprotilátek, tj. B-lymfocytů, které mají svou aktivitu, namířenou proti vlastním antigenním strukturám, v tomto případě proti acetylcholinovým receptorům (AChR) na motorické ploténce.

Rozhodující úlohu v imunopatogenezi MG má thymus, který reguluje fyziologickou autoimunitu.

Před narozením a v časném věku se právě v brzlíku odehrávají důležité pochody, kdy se bílé krvinky (lymfocyty) učí rozeznávat vlastní a cizí struktury (maturace lymfocytů). Při poruše této funkce začnou tvořit autoprotilátky. Ty začnou kolovat v krvi a poškozovat acetylcholinové receptory na některých svalech. Trvalou produkcí dochází k omezení počtu stále většího množství receptorů. Tak se kolísající svalová slabost omezená na několik málo svalů stává trvalou, s postižením stále většího množství svalů (PÍŤHA, 2004).

Vlivy, které mohou zapříčinit rozvoj MG jsou:

Hyperplazie thymu-za normálních okolností nejsou v thymu přítomny lymfocytární folikuly, které produkují B lymfocyty (protilátky). Při hyperplazii tyto folikuly vznikají a T-lymfocyty indukují tvorbu AChR autoprotilátek.

Thymom, benigní nádor brzlíku, je provázen řadou různých syndromů: MG, rozvojem imunodeficience (lupus erythematodes), kožními, poruchami endokrinního systému, renálními poruchami, hyperparathyreózou a nádory – Hashimotova struma, maligní lymfom, Hodgkinovou chorobou i plicním karcinomem (SCHÜTZNER, 2005).

Přestup autoprotilátek z matky do plodu při graviditě.

Genetické faktory.

Zkřížená imunitní reakce AChR s herpetickým glykoproteinem D. Antigenní struktura tohoto glykoproteinu je podobná AChR.

Zevní vlivy, např. je dokázáno, že penicilinamin může způsobit indukovatelnou formu MG.

1.3 Epidemiologie

Prevalence onemocnění je 70–150 případů na milion obyvatel, vyskytuje se zejména v mírném klimatickém pásmu.

MG je často asociována s jinými autoimunitními chorobami, např. thyreopatiemi, systémovými chorobami pojiva, idiopatickou trombocytopenickou purpurou, LEMS, zánětlivými myopatiemi apod. Přibližně ve 13–15 % případů se projevuje MG jako paraneoplastické onemocnění, asociované s tymomem. (Kolektiv autorů, Neurologie 2003, Praha. Triton. Dostupné z:

http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&tname=Myastenia+gravis&termId=1396&h=myastenia+gravis#jump)

„Česká republika patří k zemím se středním až vyšším výskytem myastenie v populaci. Ročně u nás onemocní asi 130 – 140 obyvatel, celkový počet nemocných se pohybuje kolem 1500. Počet nemocných nepochybně narůstá, což je spojeno s vyšším věkem populace, ale i s řadou vlivů, o kterých dnes ještě mnoho nevíme“ (PIŤHA, 2004, s. 12).

2 PATOFYZIOLOGIE

Podstatou myastenie gravis je, že se nervový vzruch v kritickém místě nervosvalového přenosu zablokuje. K tomu, aby se svalový stah uskutečnil, je nutné, aby bylo na povrchu svalového vlákna dostatečné množství receptorů. Pokud tomu tak není, acetylcholin se nemá kde uchytit a nervosvalový přenos je omezen nebo úplně znemožněn (PÍŤHA, 2004).

Autoprotilátky IgG proti AChR jsou až z 90% detekovatelné v séru myasteniků. Zbýlých 10% se klasifikuje jako seronegativní myastenia gravis. Seronegativia může vzniknout několika způsoby:

- a) Protilátky AChR jsou typu IgM , tj. krátkodobě působící imunoglobuliny, které způsobují fosforylaci AChR a tím znemožňují jejich funkci
- b) MG je způsobena protilátkami jiného typu než AChR. Jedná se o typ působící proti MuSK (muscle specific kinase). Součástí MuSK je receptor pro tyrosinkinázu, který zajišťuje vložení nově syntetizovaného AChR na své místo účinku, tj. na postsynaptickou membránu. Je-li tento proces narušen, svalová membrána ztrácí své AChR a tím i možnost vybavení kontrakce svalového vlákna

Jakmile v důsledku těchto procesů dojde k významnému snížení denzity receptorů pro acetylcholin na postsynaptické membráně neuromuskulární ploténky, manifestují se klinické příznaky MG.

Myastenie patří mezi chronické onemocnění., u nichž se lékaři snaží dosáhnout úplného potlačení původních příznaků, většinou za pomoci léků. Samovolný ústup obtíží je u MG vyjimečný (PÍŤHA, 2004).

3 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz MG může být rozmanitý. Typicky se setkáváme s potížemi, které se časově vyvíjí a mohou vést ke komplikacím zdravotního stavu.

3.1 Příznaky

Typickými příznaky pro MG je odpolední či večerní kolísání obtíží, svalová slabost a unavitelnost. Častá je ptóza jednoho nebo obou víček, diplopie, obtížné žvýkání a polykání, mluvení s nosovým přízvukem či huhňáním. Omezený pohyb jazyka zapříčiní špatné polykání a vytékání slin. Při postižení šjíjových svalů dochází k poklesu hlavy s nutností ji podpírat. Objevují se potíže při vstávání z lůžka, je obtížné česání, holení, věšení prádla, sezením ve vzpřímené poloze, chůze do schodů. Více jsou ohroženi nemocní obézní, s pasivním způsobem života, kdy chybí dostatečná rezerva pro překonání svalové slabosti a unavitelnosti. Naopak u lidí aktivních, sportovců je problém pohybovou aktivitu omezit (PÍŤHA, 2004).

3.2 Formy myastenie gravis

Rozeznáváme dvě základní formy:

Okulární forma MG – nejčastější typ, začíná typicky ptózou víčka (poklesem), nebo dvojitým viděním. Tato slabost očních svalů se v průběhu dne zhoršuje. Může zůstat omezeno jen na tuto formu.

Obrázek 1 – Diplopie



Zdroj: <http://www.wrongdiagnosis.com>

Generalizovaná forma – projevuje se slabostí dalších svalových skupin (poruchou polykání, žvýkání, parézou končetin, celkovou slabostí. V nejtěžších případech dochází k selhání dýchacích svalů (myastenická krize), která ohrozí pacienta na životě.

Dalšími jsou:

Tranzitorní neonatální myastenické – protilátky proti acetylcholinovým receptorům mohou u těhotných žen (mající myastenii) přecházet přes placentu a způsobit tak oslabení svalů plodu, novorozence. Po narození se projeví slabým pláčem, chudou motorikou, v těžších případech respirační infekcí či selháním dýchacích svalů. Jedná se o pasivní přenos protilátek. Novorozenec sám tyto protilátky eliminuje do 5 týdnů po narození. Každé dítě matky s myastenii musí být monitorováno nejméně 3 - 4 dny po porodu!

Lambertův – Eatonův myastenický syndrom – příčinou syndromu je presynaptická porucha nervosvalového přenosu, nemožnost uvolnit nastřádaný acetylcholin do synaptické štěrbin. Výskyt je vzácný. V polovině případů se jedná o paraneoplastický syndrom. Vzniká z důvodu přítomnosti nádoru v těle, často karcinom plic (TYRLÍKOVÁ, 2012).

3.3 Myastenická krize

Neléčená myastenické nebo zhoršení potíží může vyústit do myastenické krize. Myastenická krize znamená selhání výkonnosti dýchacích svalů. Častěji se vyskytuje slabost dýchacích svalů s přechodnou dušností, hypoventilací a omezenou výkonností po větší námaze. Lze ji zvládnout odpočinkem, polohováním, neinvazivní podporou dýchání. Riziko opakování je zvýšeno. Příčinou bývá ve 40 % infekce, nejčastěji viróza, bronchitida, pneumonie. Vyvolávajícími faktory jsou vynechání medikace, zvracení, náhlý psychický stres nebo fyzická zátěž, pohyb v horké vodě, na slunci, podchlazení, nemožnost odpočinku při cestování. Ve 30 % není identifikován žádný moment, který by mohl myastenickou krizi vyvolat (SCHÜTZNER, 2005).

Příznaky myastenické krize mohou být manifestní či pozvolné i s náhlým projevem zástavy dechu. Pacient pociťuje výraznou dechovou tíseň a únavu s nemožností zapojit pomocné dýchací svaly. Je indikována umělá plicní ventilace s tracheální intubací. Tu lze provést bez podání svalových relaxans. Pacient bývá při vědomí, ale vlivem únavy a vyčerpání zcela náhle usne po úvodním prodýchnutí. Myastenická krize může nastoupit v obraze zblednutí, neschopnosti pohybu (není schopen zazvonit na sestru), výrazem hrůzy. Monitor ukazuje bezpulzní elektroaktivitu, bradykardii až asystolii. Po neodkladné resuscitaci se většinou obnoví sinusový rytmus s hmatným tepem (SCHÜTZNER, 2005).

3.4 Komplikace

Klinické zkušenosti svědčí o vztahu nervového a imunitního systému a žláz s vnitřní sekrecí. O zhoršení myastenické či vyprovokování prvních příznaků nemoci infekčními chorobami, akutním nebo dlouhodobým stresem, depresí či onemocněním štítné žlázy se již ví. Myastenické je ovlivňována i oběhovými chorobami (vysoký krevní tlak,

ischemická choroba srdeční), chorobami s poruchou funkce trávicího ústrojí. Například zánět jater může myastenii vyprovokovat. Ve vyšším věku množství přidružených chorob zhoršuje myastenii, ale především omezuje využití léčiv, která způsobují více nežádoucích účinků (PIŤHA, 2004).

Obrázek 2 – Vyšetření v klidovém stavu



Zdroj: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/05.pdf>

Obrázek 3 – Ice pack test, Po přiložení ledu dojde k jeho zvednutí



Zdroj: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/05.pdf>

4 DIAGNÓZA

Klinické vyšetření a důkladná anamnéza – základem stanovení diagnózy je pečlivý rozbor obtíží pacienta, odhalení třeba i skryté svalové slabosti. Opakováním určitého, nebo reakcemi na „výdrž“ se napodobuje přirozená zátěž. Je nutné pamatovat na to, že zde platí:“ zpočátku obtíže kolísají, horší se po fyzické námaze, po fyzickém stresu, jsou výrazné hlavně večer. Stav se zlepšuje po odpočinku. Někdy odeznívají, ale vrací se i po několika měsících (PIŤHA, 2004).

Anamnéza – velký důraz je kladen na správně odebrané anamnestické údaje, zvláště v případech, kdy pacienti mohou zaměňovat svalovou slabost a unavitelnost za bolesti, oslabení v oblasti orofaciální za tuhnutí. Je-li anamnéza v rozporu s relativně normálním objektivním neurologickým vyšetřením, zvláště při opomenutí provedení zátěžových testů, mohou se někteří nemocní dostat do rukou psychiatrům (PIŤHA, J., 2010,11 (2) *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz).

Neurologické vyšetření

1. Oční vyšetření – příznaky slabosti extraokulárních svalů v 80 % případů. Nepatrné oslabení těchto svalů způsobuje diplopii, ptózu, mlhavé vidění. Obtíže jsou patrné při oslnění, při práci u počítače.
2. Postižení mimických svalů – oslabení bývá oboustranné, pacienti nejsou schopni pískat. Facies myasthenica je vzácný případ, kdy je pozorována hypomimie n. facialis (vytékání slin nebo tekutin koutkem úst).
3. Postižení orofaryngeálních svalů – typická je porucha artikulace, porucha zpracování potravy, porucha žvýkání, šišláni. Vážně polykání, hrozí aspirace. Tekutiny regurgitují nosem, může být vyhaslý dávivý reflex.
4. Postižení šijových svalů – bývá postižení flexorů, pacientům přepadává hlava. Pomáhají si podpíráním brady. Nasazení krčního límce pacienti netolerují. Klinickým testováním: vleže elevace hlavy 30 stupňů nad podložkou, se sleduje, za jak dlouho dojde k poklesu hlavy.
5. Oslabení pletencových svalů a svalů akrálních – nejčastěji je oslabení pletence pažního. Pacienti mají potíže s činností ve vzpažení (holení, česání). Slabost dolních končetin se projevuje zejména při chůzi do schodů, v náročném terénu. Svaly pletence testujeme na výdrž v abdukci. Zdravý člověk udrží paže v této pozici 180 sekund. Slabost akrálních svalů se projevuje vypadáváním předmětů z rukou.
6. Oslabení svalů respiračních – Subjektivně pocíťovaná dušnost bývá námahová nebo v poloze vleže. Selhávání respiračních svalů bývá zejména v situaci, kdy vážně možnost odkašlání hlenů (PIŤHA, Jiří, 2010,11 (2). *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz).

Farmakologický test – spočívá v aplikaci Syntostigminu (0,1 mg) intravenózně zmírňuje myastenické příznaky (především u oční formy), sledujeme vliv

na myastenické příznaky (zlepšení svalové síly), výrazné zmírnění poklesu očního víčka. Je nutné brát v úvahu riziko bradykardie u starších nemocných a riziko vyvolání astmatického záchvatu při příliš rychlém podání.

Zlepšení klinického obrazu dále podporuje diagnózu (SEIDL, 2004).

Elektromyografické vyšetření (EMG) – provádí se opakovaná aplikace stimulu elektrodou přiloženou na nerv zásobující sval pomocí single fiber elektromyografie. Porucha nervosvalového přenosu je zřejmá při poklesu potenciálu o 10 %. Úspěch závisí na správném výběru postižených svalů (nejčastěji jsou postiženy pletencové svalové skupiny (TYRLÍKOVÁ, 2012).

Vyšetření protilátek – proti acetylcholinovému receptoru. Bývá pozitivní u 80 %. Negativní sérologický průkaz protilátek MG nevylučuje.

Vyšetření computerovou tomografií (CT) – CT předního mediastina mezihrudí odhalí většinou nezhoubný nádor thymom v 10 – 15 %, jehož nález bývá absolutní indikací k operaci (PIŤHA, 2004).

Magnetická rezonance (MR) – mediastina k vyloučení thymomu (hyperplazii thymu však neprokáže).

Histopatologické nálezy v kosterní svalovině mimo neuromuskulární ploténku při bioptickém vyšetření svalu, prováděném v rámci tymektomie, se jeví do budoucna jako velmi perspektivní. Je nutné určit význam změn a jejich vztah ke stadiu a prognóze onemocnění (PIŤHA, J., 5/2004, *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi.

Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/05/10.pdf>.

Seemannův test – kdy nemocný počítá nahlas nejméně do 20 na jeden nádech nebo čte text. Postupně mu slábne hlas, řeč je méně zřetelná až nesrozumitelná (SEIDL, 2004).

Měření vitální kapacity plic – je jedna z možností umožňující předpovídat nebezpečí cholinergní krize nebo myastenické krize (SEIDL, 2008).

Při vyšetření je nutné posoudit a určit, zda se jedná o stav stabilizovaný, bez nutnosti mimořádných opatření, nebo je indikována speciální léčba, na kterou je třeba se připravit (DRÁBKOVÁ, 1997).

Úskalí diagnostiky – diagnostika MG selhává hlavně z důvodů, že se na ni včas nemyslí.

Průměrná doba od prvních klinických příznaků do stanovení klinické diagnózy přesahuje dva roky. Zde jsou patrné rezervy ze strany praktických lékařů a neurologů. Zejména starší pacienti jsou vedeni pod jinou diagnózou, chybí se v poskytnutí terapie. Oslabení očních a faciobulbárních svalů svádí k diagnóze cerebrovaskulárního onemocnění, dochází k progresi choroby, směřující k myastenické krizi (PIŤHA, J., 5/2004. *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/05/10.pdf>).

5 LÉČBA

Myastenie je dobře léčitelné onemocnění. Je však třeba vědět, proč se podávají právě tyto léky a ne jiné, jak léky působí, jaké mohou mít nežádoucí účinky, jaká jiná opatření je třeba provést v souvislosti s léčbou. Perspektiva a prognóza se odvíjí od včasného stanovení diagnózy a zavedení adekvátní terapie. U každého pacienta se musí postupovat odlišně. Léčba je dlouhodobá, akutní, symptomatická a imunosupresivní. Liší se podle stavu. Jinak postupujeme v situaci, kdy potřebujeme onemocnění zlepšit, jinak při udržení zlepšeného stavu (PIŤHA, 2004).

Léky

Někdy se nedaří myastenii zvládnout ani po chirurgickém zákroku a je třeba přistoupit k léčbě konzervativní.

Symptomatické – neovlivňují autoimunitní mechanismy. Účinek těchto léků spočívá v potlačení účinku cholinesterázy, látky, která v organismu rozkládá acetylcholin na neúčinné složky. Po podání těchto léků se je v oblasti nervosvalové štěrby k dispozici více acetylcholinu, který nervosvalový přenos zprostředkuje. Tyto léky však myastenii neléčí, jen potlačují příznaky nemoci. Léky se užívají nalačno pro urychlení doby nástupu a účinku. Během jídla či po jídle k potlačení jejich nežádoucího účinku (PIŤHA, 2004).

Mestinon (pyridostigmin bromid) – inhibitor acetylcholinesterázy – zvyšuje nabídku acetylcholinu v oblasti nervosvalové ploténky. Nástup účinku je do půl hodiny, maximální za 1 – 2 hodiny po požití, účinný nejdéle 3- 5 hodin. Dávkování je individuální. Zpočátku 30 mg v několika denních dávkách, váže se na denní aktivity pacienta. V případě exacerbace onemocnění (vlivem infekce, při větší fyzické zátěži, stresu) je možné dávku zvýšit.

Nemá význam podávat Mestinon v noci a pacienta budit. Je lépe jej podávat ráno a své denní aktivity přizpůsobit. Je možné mírně dávky zvýšit v případě exacerbace onemocnění například vlivem infekce, při fyzické zátěži, stresu (SCHUTZNER, ŠMAT, 2005).

Mytelase (ambenonium chlorid) – je indikován u MG většinou při rezistenci na Mestinon

Ubretid (distigmin bromid) – má dlouhodobý účinek (24 – 36 hodin s vrcholem po 12 hod.), je užíván v kombinaci s předchozími preparáty.

Syntostigmin – má nejrychlejší nástup s razantním účinkem, ale velmi krátkodobým efektem 2 – 3 hodiny, využíván v monoterapii u okulární MG, v kombinaci s Mestinonem a Mytelase.

Při vyšším dávkování se mohou objevit nežádoucí účinky, převážně muskarinové – salivace, zvýšená bronchiální sekrece, slzení, průjmy, svalové fascikulace

Imunosupresiva – kortikosteroidy (léky potlačující imunitu):

Prednison nebo metylprednisolon (Prednison, Medrol), zde se mohou objevit nežádoucí účinky myopatie, osteoporóza, kožní atrofie, vředová choroba, ulcerózní kolitis, deprese, podrážděnost, nespavost, glaukom, katarakta, hypokalemie, hyperglykemie, retence tekutin, centrální obezita, amenorea, hypertenze, zvýšená vnímavost k infekci. Je nutné pacienta pravidelně klinicky i laboratorně sledovat. Dávky kortikosteroidů se zvyšují i snižují postupně v ranní a polední dávce (VOHÁŇKA, S., 2010, 11 (2). *Farmakoterapie myasthenia gravis*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/06.pdf>).

Imuran (azatioprin) – používá se v kombinaci s kortikosteroidy, což umožňuje nižší dávkování při větším terapeutickém účinku. Má pozvolný nástup účinku (2- 3 měsíce). Nežádoucími účinky jsou: gastrointestinální obtíže, hyperpyrexie. Při dlouhodobém podávání má lymfotoxický a hepatotoxický efekt, proto je nutné pravidelně kontrolovat krevní obraz, hodnoty lymfocytů, jaterní funkce (PIŤHA, J., 5/2004, *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz).

V dlouhodobé terapii při farmakorezistentní MG se využívají léky: cyklosporin (Sandimun, Consupren, Equoral) a mykofenolát mofetyl (CellCept). Efektivně inhibují odpověď T – buněk, snižují protilátkové odpovědi. Tato léčiva by měla být indikována specializovanými pracovišti. Nežádoucími účinky jsou v nefrotoxicitě, hypertenzi, hirsutismu, hypertrofii dásní, může se objevit třes. Při dlouhodobém podávání je zvýšené riziko virových infekcí, proto je nutná monitorace plazmatických hladin cyklosporinu. Sledování hodnot krevního tlaku a renálních funkcí je samozřejmostí (SCHÜTZNER, 2005).

Antidepresiva – se podávají při chronickém onemocnění MG, je-li výskyt depresí součástí tohoto onemocnění. Je možná krátkodobá terapie nebendiazepinovými anxiolytiky Atarax, Buspiron, Anxiron (nebo atypickým benzodiazepinem Grandaxin (SCHÜTZNER, 2005).

Intravenózní globuliny

Intravenózní globuliny (IVIG) – vysoké dávky intravenózních globulinů, izolované z plazmy zdravých dárců, se ukázaly jako velmi efektivní. Účinek je krátkodobý. Nežádoucí účinky jsou: teploty, erytém, bolesti hlavy, myalgie, artralgie, vzácně anafylaktická reakce, aseptická meningitida.

Plazmaferéza

Plazmaferéza – dochází k separaci erytrocytů z plazmy a jejich reinfúzi s koloidním roztokem (většinou albuminem) zpět do krevního řečiště. Aplikuje se 3 – 5 kúr obden. Efekt spočívá v eliminaci patologických protilátek. Příznivě ovlivní průběh MG.

Imunoadsorbce

Imunoadsorbce – je alternativou plazmaferézy. Dochází k poklesu hladin protilátek proti acetylcholinovému receptoru. Očištěná plazma se vrací zpět. Je efektivnější, má méně nežádoucích účinků, hladina podávaných léků se udržuje na stabilní úrovni.

Tymektomie

Chirurgické odstranění brzlíku je součástí preventivního opatření, které se snaží o co největší ovlivnění rozvoje choroby a zabránění jejímu zhoršení.

Tymektomie – standardní metoda k navození dlouhodobé klinické remise. Preferuje se transsternální maximální tymektomie s úplným odstraněním brzlíku a veškerého tuku. K výkonu se přistupuje jen tehdy, je-li onemocnění pod úplnou nebo částečnou kontrolou. Dá se očekávat méně komplikací. Doporučuje se provést u mladších pacientů vždy, vzhledem k nepředvídatelnému průběhu a omezení imunopresivní terapie. Nález tymomu je absolutní indikací k provedení tymektomie i u starších pacientů. Léčba tímto nekončí. Snahou je, dosáhnout klinické remise, která je podmínkou u pacientů, indikovaných k tymektomii. U starších, polymorbidních nemocných se postupuje konzervativně pro zvýšené operační riziko při přidružených chorobách (PÍTHA, J., 5/2004, *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz).

Alternativní metody

Mají velmi dobrý psychologický účinek. Duševní pohoda je pro pacienta velice důležitá. Zmírňuje stres, únavu, naučí správné relaxaci, odpočinku, je dobrou alternativou při léčbě MG. V žádném případě nenahrazují léčbu MG.

A rehabilitation program in combination with other forms of medical treatment can help relieve symptoms and improve function in MG (TROUT, A. J., A. DABI, N. SOLIEMAN, M. KURUKUMBI a J. KALYANAM, 2012. Review Article. Myasthenia Gravis: A Review. Autoimmune Diseases. Volume 2012 (2012), Article ID 874680, 10 pages. doi:10.1155/2012/874680.

Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/ad/2012/874680/>).

Experimentální léčba.

Experimentální léčba – ve fázi klinických zkoušek jsou další léky, zejména tzv. monoklonální protilátky (Rituximab), vysoké dávky cyclofosfamidu spolu s podáním růstového faktoru, nebo tzv. "antisense therapy" (Monarsen - EN 101). (<http://www.wrongdiagnosis.com>).

Léčba akutních stavů

Myastenie dokáže být velice zrádná. S počátkem onemocnění jsou postiženy dýchací svaly u 1 – 4 %, později až u 50 – 60 % nemocných. Mohou se vyskytnout i poruchy polykání a s nimi spojené častější aspirace a infekce dýchacích cest. Život ohrožujícím stavem je myastenická krize. Příčinou bývá zejména infekce v dýchacím systému. Okolo 10 % nemocných s myastenickou krizí umírá. Není-li poskytnuta odborná pomoc, je příčinou úmrtí dechová paralýza nebo neprůchodnost horních dýchacích cest na podkladě bulbární paralýzy (BURIANOVÁ, K., 1/2006. *Poruchy dýchání u neurologicky nemocných*. Neurologie pro praxi.

Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/01/16.pdf>).

Prioritou v přednemocniční péči je zachování dostatečných respiračních a oběhových funkcí pacienta, s cílem udržet perfúzi mozkové tkáně (POKORNÝ, 2003, 2005).

Pacient po resuscitaci má zajištěné dýchací cesty pomocí endotracheální intubace, je napojen na přístroj umožňující umělou plicní ventilaci (UPV). UPV je soubor opatření, které podporují nebo nahrazují činnost některých selhávajících složek respiračního systému (plic, dýchacího svalstva). Cílem je pacienta dostatečně oxygenovat, ventilovat a omezit co nejvíce nežádoucí účinky UPV, především poškození plic (KAPOUNOVÁ, 2007).

Myastenická krize může přetrvávat i několik dní. To je rozhodující při indikaci ke tracheotomii. I přes to musíme počítat s přetrvávající unaveností, špatným dýcháním. Je třeba ověřovat pacientovy schopnosti zvednutí hlavy, udržení zvednuté hlavy, vycenění zubů, vypláznutí jazyka, velikost inspiračního dechového objemu, při odpojení z ventilátoru přítomnost paradoxního dýchání, orofaryngeální dysfunkce, chrčivý hlas, přítomnost tachykardie po menší námaze a bradykardie při spánku. Při odpojování od ventilátoru je nutné si všimnout i drobných známek únavy, tachypnoe, nedostatečného odkašlání, tachykardie, neklidu rukou, předčasné vyžadování léků (SCHÜTZNER, 2005).

Při nutnosti umělé plicní ventilace je délka weaningu závislá na obnovení, udržení a stavu svalové výkonnosti (parametry umělé ventilace se porovnávají se svalovým tonusem), schopnosti zapojení dýchacích svalů, psychické připravenosti pacienta, uspokojivém stavu výživy, kompenzaci vnitřního prostředí, kvalitě prováděné dechové rehabilitace. Znalost standartních postupů péče o ventilované pacienty a preventivních opatření vzniku komplikací by mělo být samozřejmostí.

Existuje řada provokačních vlivů, např. infekční onemocnění, psychický stres, zejména dlouhodobější, operační zátěž, podání nevhodných léků apod., kdy se může myastenie prudce zhoršit, či dokonce vyústit v myastenickou krizi s nutností umělé plicní ventilace (napojení na ventilátor). Zvláště nebezpečné je objevení se, či zhoršení tzv. bulbárních příznaků - poruchy kousání, polykání, artikulace, namáhavé dýchání. Myastenická krizi se někdy podobá tzv. **cholinergní krize**, která se může projevit při extrémním předávkování inhibitory acetylcholinesterázy. Ta se projevuje kromě extrémní svalové slabosti a dechového selhávání i výrazným zahleněním, a zúžením

zornic. Je nutné neprodleně volat lékařskou první pomoc – telefonní linku 155 (SEIDL, 2008).

V těchto situacích se provádějí léčebné metody, které tento nepříznivý stav mohou velmi rychle zlepšit, a sice série plazmaferéz 4-7x obden, nebo nitrožilní infuze lidských imunoglobulinů. Tyto stavy mohou být spojeny s řadou komplikací, např. zápalem plic, poruchou vnitřního prostředí apod. Veškerou lékařskou péči provádějí odborné lékařské týmy.

Organizačními opatřeními (centralizovaná péče, multidisciplinární přístup k onemocnění) a zavedením moderních terapeutických postupů se podařilo snížit morbiditu a mortalitu MG. Přetrvává však problém spojený s řešením případů farmakorezistentní formy onemocnění (neurologie pro praxi 2003/1, www.solen.cz).

Nebezpečné léky

Ne všechny léky předepisované pacientům s myastenii jsou bezpečné. Některé léky, mohou dokonce myastenii vyprovokovat jako penicilamin, interferon alfa, jsou popisované vzácné stavy, kdy se myastenii objeví po transplantaci kostní dřeně. U všech nově předepsaných léků by měl lékař či pacient možnost jejich užívání s ošetřujícím neurologem.

„Řada léků není vhodná vzhledem k tomu, že mohou zhoršovat nervosvalový přenos“ (PIŤHA, 2004, s. 35).

Mezi zvlášť nebezpečné léky patří některá antibiotika, jako jsou: tetracyklin, gentamycin, chloramphenicol, erytromycin, tobramycin, kanamycin, klindamycin, doxycyklin, ofloxacin a chinolony. Zcela bezpečná je léčba cefalosporiny. Je nutné kontrolovat počet leukocytů a jejich diferenciální rozpočet, pravidelně funkci ledvin, hodnoty jaterních testů a zpočátku plazmatické hladiny antibiotik.

Další rizikovou skupinou jsou centrální a periferní myorelaxantia. V místní anestezii je velmi nebezpečný botulotoxin.

Podstatným peroperačním rizikem myastenii je akutní zhoršení obrazu nemoci s respirační insuficiencí a cholinergní krizí. Svalová relaxancia jsou u MG podávány v redukováných dávkách, aby se předešlo přetrvávající svalové relaxaci. Nedepolarizující myorelaxancia by se neměla podávat vůbec (pankuronium, vekuronium, rokuronium, atrakurium), je-li jejich nasazení nevyhnutelné, redukuje se iniciální dávka na 2/3 a jejich účinek je monitorován neurostimulátorem. Anesteziolog musí být připraven na prodloužený účinek a musí včas zahájit umělou plicní ventilaci. Suxametonium se může použít v silně redukováných dávkách, protože jeho interakce s anticholinesterázami může vést k déle přetrvávající nervosvalové blokadě. Z opioidů se dává přednost remifentanilu, protože nevyvolává pooperační útlum dýchání. Přednost v celkové anestezii mají inhalační anestetika a oxid dusný, protože snižují spotřeby myorelaxancií nebo může být od jejich použití zcela upuštěno. Benzodiazepiny pro jejich myorelaxační účinek nesmíme podávat vůbec (LARSEN, 2004).

Zvláštní postavení mají kortikoidy (Prednison, Medrol, SoluMedol), kterými na jedné straně myastenii léčíme, na druhé straně cca u 20 % pacientů mohou při náhlém

nasazení vysokých dávek způsobit zhoršení až dechové selhání. Zhoršení může přinést dokonce podání kortikoidů formou obstríku, masti, či spreje.

Individuální postup je nutné zvolit u léků, které jsou nutné z hlediska léčby jiných chronických nemocí. Týká se to zejména léků na úpravu srdečního rytmu - antiarytmik, betablokátorů, blokátorů vápníkových kanálů, léků na epilepsii, statinů, vysokých dávek hořčíku. Je nutné vždy zvážit prospěch léčby jiných onemocnění oproti možnému riziku zhoršení myastenie.

Proti depresi je rizikový a málo vhodný Amitriptylin. Plegomazin, Haloperidol, Lithium mohou myastenickou slabost zhoršit.

Rizikové látky obsahuje i Coldrex na tlumení kašle. Myastenie bývá doprovázená epilepsií. Je třeba opatrnosti při podávání antiepileptik, benzodiazepinů. Anticholinergika mohou omezovat účinek inhibitorů cholinesterázy. Akineton používaný v léčbě parkinsonismu nebo urologické léky jako Cystrin, Miktonorm, Spasmex.

6 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S MYASTHENIA GRAVIS

Ke každému pacientovi, zvláště u pacientů se sníženou imunitou, bychom se měli chovat jako k infekčnímu (je oslaben akutním onemocněním, je nutná invazivní léčba, delší hospitalizace, vyšší riziko nozokomiálních nákaz). Kvůli šířící se infekci vedou všechna opatření k zabránění vzniku a šíření infekce přerušením řetězce: zdroj nákazy, cesta přenosu a vnímavý jedinec (KAPOUNOVÁ, 2007).

Boj proti nozokomiálním nákazám spočívá hlavně: V prevenci kolonizace dýchacích cest a zažívacího traktu je nutná pečlivá hygiena rukou před a po kontaktu s ventilátorem nebo po odsávání, používání uzavřeného systému, pravidelná výměna filtrů při každém znečištění masivními sekrety.

V prevenci aspirace kontaminovaných sekretů: udržovat tlak v manžetě endotracheální rourky a tracheostomické kanyly, adekvátní upevnění k omezení náhodné extubace či dyslokace kanyl, poloha pacienta se zvýšenou částí těla nejméně 30 stupňů, včetně transportu, kontrola odpadů z nasogastrické sondy (prevence dilatace žaludku), vyprázdnění kondenzátů v hadicích před polohováním nemocných).

Prevence rizika ventilátorové pneumonie, při odsávání ventilovaného pacienta-dodržovat zásady hygienicko – epidemiologického režimu. Prevence přenosu infekce z pacienta na pacienta je bariérový přístup, používání jednorázových pomůcek. Prevence nozokomiálních nákaz, při kterých jsou nejvíce kolonizovány dýchací cesty a močový trakt. Rizikovými faktory jsou vyšší věk, více invazivních výkonů, širokospektrá antibiotika, imunosupresivní léčba.

Kolonizace GIT, střevní flóra brání přemnožení patogenů, při poruše slizniční bariéry, při regurgitaci kontaminovaného žaludečního obsahu do hypofaryngu se kolonizuje i její horní část. Katérová infekce bývá více u žilních katétrů než u arteriálních. Ke vstupu nákazy dochází již při zavádění katétru, kanálem kolem cévky, hematogenně. Riziko kontaminace stoupá s dobou zavedení (nejnižší do 3 dnů). Zvláště u tracheostomovaných nemocných je riziko zatékání sekretů, krátký kanál mezi kůží a lumenem cévky. Periferní kanyly bývají též zdrojem infekce, jsou-li zaváděny v tísní nebo ponechány déle než 72 hodin. Vzestup febrilií, zánětlivých markerů, mírné zarudnutí či hnisání kolem místa vpichu by nás mělo vést k podezření na katérovou sepsi. I bez přítomnosti viditelného zdroje je vhodné vyměnit cévku či katétr. Diagnózu nám potvrdí až pozitivní hemokultura z odeslaného konce odstraněného katétru nebo cévky. V péči o pacienty je třeba důsledně dodržovat zásady bariérové ošetrovací techniky, hygienické a protiepidemiologické zásady a preventivní opatření, zaměřené na přísné dodržování standartních postupů a režimů (KAPOUNOVÁ, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S MYASTHENIA GRAVIS

74 letý pacient přijatý dne 2. 2. 2013 lékařem interního oddělení v dopoledních hodinách pro celkové zhoršení zdravotního stavu., pro trvajících teploty, nereagující na podání paracetamolu, s mírnou dehydratací. V doprovodu manželky, která udává přechodnou zmatenost. Nyní orientovaný časem, místem, osobou. Ležící, sám se neotočí, nenapije. Při močení popisuje bolest a velmi nepříjemné pálení, jiné obtíže neguje. Byla určena základní diagnóza: Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace.

Nyní je 10 let v důchodu, ženatý, pracoval jako záchranář v dolech, později jako bagrista. Dosažené vzdělání středoškolské.

7.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Zvýšené teploty, celkové zhoršení zdravotního stavu., pro trvajících teploty, nereagující na podání léků proti teplotě, nechut' k jídlu, slabost. Dále udává den trvajících pálení při močení, jiné obtíže neguje.

Medicínská diagnóza hlavní:

Infekce močového ústrojí neurčené lokalizace

Medicínské diagnózy vedlejší:

Myastenia gravis, okulární forma – ptóza levého očního víčka, diagnostikována v roce 12/2011, kortikoterapie od 8/2012

Epilepsie – opakované záchvaty, poslední EEG v normě 6/2012

Polyneuropatie dolních končetin, bez neuropatických bolestí, bez nutnosti medikace

Plicní embolie klinicky malá

Arteriální hypertenze, blokáda pravého Tawarova raménka chronicky, hypercholesterolémie, steatóza jater

Seborhoická dermatitida, psoriasis

Gonartróza vpravo III. stupně,

Stav po operaci menisku vlevo 1975 a totální endoprotéze levého kolene 1/2012

VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

TK: 120/80	Výška: 180 cm
P: 82	Hmotnost: 100 kg
D: 18	BMI: 31
TT: 36,5°C	Pohyblivost: velmi omezená
Stav vědomí: bdělý	Krevní skupina: xxy

Nynější onemocnění:

Od včerejška silné pocity pálení při močení, teploty 38,5°C, nereagující na podání Paralenu, manželka pozoruje horšící se zmatenost pacienta, ráno volá rychlou záchrannou službu.

Informační zdroje:

Údaje při sestavování anamnézy byly čerpány i z dokumentace minulé hospitalizace. Pacient si spoustu věcí nepamatuje nebo neví. Další informace doplnila manželka nemocného při rozhovoru.

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: operace žlučníku, + v 90 letech

Otec: DM 2. Typu, + v 76 letech

Sourozenci: sestra

Děti: Má 2 syny

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Myastenia gravis, okulární forma – ptóza levého očního víčka, diagnostikována v roce 12/2011, kortikoterapie od 8/2012

Epilepsie – opakované záchvaty, poslední EEG v normě 6/2012

Polyneuropatie dolních končetin, bez neuropatických bolestí, bez nutnosti medikace

Plicní embolie klinicky malá

Arteriální hypertenze, blokáda pravého Tawarova raménka chronicky, hypercholesterolémie, steatóza jater

Seborhoická dermatitida, psoriasis

Gonartóza vpravo III.stupně,

Hospitalizace a operace:

Stav po operaci menisku vlevo 1975 a totální endoprotéze levého kolene 1/2012

Úrazy: kolen při sportu a práci

Transfúze: při operaci kolen, neví kolik

Očkování: běžné

Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Medrol	tablety	4 mg	1 – 0 – 0	kortikoidy
Movalis	tablety	15 mg	1 – 0 – 0	
Warfarin Orion	tablety	3 mg	0 – 1 – 0	antitrombotikum
Cotrimoxazol Al Forte	tablety		1 – 0 – 1	antibiotika

Alergologická anamnéza: 0

ABÚZY

Alkohol: nepije

Kouření: 30 let již nekouří, předtím vykouřil 4 cigarety denně po dobu 10 let.

Káva: nepije

Jiné: jiné návykové látky neužívá

Urologická anamnéza:

Trvání: jeden den

Intenzita bolesti: Numerická škála bolesti – 5 bodů

Překonané urologické onemocnění:

Poslední návštěva u urologa: asi před rokem

Samovyšetřování varlat: nedělá

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: bydlí s manželkou v rodinném domě

Vztahy, role, a interakce v rodině:

Bydlí s manželkou v rodinném domě. Nyní je na manželce zcela závislý, je si toho velice dobře vědom. Manželku neopomene pochválit při každé příležitosti. Neumí si představit, kdyby ji neměl. S manželkou oslaví brzy zlatou svatbu a do té doby musí být zdravotně v pořádku. Spolu mají dva dospělé syny, mající své rodiny. Navzájem se navštěvují, vztahy v rodině považuje za důležité. Synové pomáhají s pracemi kolem domu, již je nezvládá jak za mlada. Osamělý se necítí. Rozptýlení má ve vnoučatech, kterým už dává jen rady do života. Rodina jej navštěvuje pravidelně i v nemocnici.

mimo rodiny: vztahy se sousedy jsou korektní, znají se již mnoho let

Záliby: čtení časopisů, knížek, sledování televizních seriálů, vzdělávacích pořadů

Volnočasové aktivity: nyní již nezvládá práci kolem domu ze zdravotních důvodů, chodí na procházky

Pracovní anamnéza

Vzdělání: střední odborné

Pracovní zařazení: nyní v důchodu

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: nejdříve pracoval v dolech jako záchranář, poté jako bagrista. Do řádného důchodu odcházel před 10 lety

Vztahy na pracovišti: výborné, nerad odcházel do důchodu

Ekonomické podmínky: s manželkou, která je již také v důchodu s měsíčními příjmy vystačí

Spirituální anamnéza

Není věřící ani úplně nevěřící. Váží si jiných hodnot než je dnes zvykem. Svou nynější situaci bere jako příležitost, naučit se také přijímat a ne jen dávat. A to je smysl jeho filozofie.

7.2 Utrídění informací podle teorie Virginie Henderson ze dne 2. 2. 2013:

POMOC PŘI DÝCHÁNÍ

Objektivně:

Na emergency přijat s kvalitativní poruchou vědomí, nyní orientovaný místem, časem i osobou. Dýchání je čisté, povrchní, zrychlené, bez projevů cyanózy, bez kašle. Mírně opocení, bledý. Při pití čaje má problémy s udržení skleničky, zadýchává se. Viditelně unavený. Nemá sílu se na lůžku zvednout, otočit se. Pacientovi je zajištěna vhodná poloha k zajištění a podpoře dýchání. K udržení polohy jsou použity antidekubitní pomůcky. Měření oxymetrem zkontrolována saturace kyslíkem – 94% bez kyslíkové terapie. Pacient je unavený, schvácený, proto je k lůžku připravena kyslíková terapie s nosními brýlemi, pro případ náhlého pocitu nedostatku vzduchu, namáhavého dýchání.

Emocionální stres: Před dvěma lety začal hůře vidět, pak mu spadlo víčko, nechápal proč. Je v péči manželky a spoléhá na ni. Spolu všechno zvládnou. Nyní prožívá trochu napětí a nejistoty kvůli svému onemocnění. Pobyt v nemocnici jej neuspokojuje. Nechce obtěžovat své okolí. Rodina jej bude navštěvovat v nemocnici každý den. Nynější stav chápe jako určité omezení. Je trochu rozladěný z toho, že běžné denní aktivity nezvládá ani po odpočinku. Je zcela odkázán na manželku. Ale bere to jako nutnost, které se snad brzy zbaví a udělá proto vše, co je třeba. Z pobytu v nemocnici je trochu rozladěn, ale bere to jako nutné zlo k překonání problémů. Doma má větší klid a soukromí. I v této pro něj náročné situaci se snaží pomáhat, aktivně se zapojuje v péči o sebe. Chválil manželku, jak starostlivě se o něj stará a jakou jí to musí dát práci. Což velmi oceňoval před ostatními. Doma rád poslouchá klasickou hudbu, která mu pomáhá relaxovat.

Subjektivně:

„Cítím se dobře, jsem klidný. Úzkost na sobě nenechávám znát. Nemám pocit nedostatku. Nikdy jsem neaspiroval, neměl žádnou dechovou tíseň. Mám rád polohu s podepřenými zády, protože se mi lépe dýchá.“

Použita měřicí technika: pulzní oxymetrie – 94%

Ošetrovatelský problém: nedostatečné dýchání

PŘIJÍMÁNÍ JÍDLA A PITÍ

Objektivně

Nyní nemá pocit žízně. Vypije méně tekutin. Je mírně opocení, schvácený, unavený, sliznice jsou vlhké. Kožní turgor snížený. Výpočtem BMI 31 bodů zjištěna střední nadváha. Při příjmu byla zavedena periferní kanyla. Okolí je klidné, bez známek krvácení, zarudnutí, nebolestivé, suché. Zahájeno intravenózní podání tekutin ke zvýšení objemu. Při snaze o pití čaje ze skleničky není schopen udržet v ruce pohár bez rozlití tekutiny. Je nutná dopomoc, přidržení pití u úst. Není schopen zvednout a udržet horní končetiny.

Subjektivně

„Manželka se o mne stará velmi pozorně, jídlo mám 5x denně, dietu nedržím, chutná mi jíst, nenechám nic na talíři. Kávu nepiji, ani alkohol. Rád mám limonády a ovocné čaje. Konsumace tuhé stravy mi nedělá potíže ani při únavě, nic mi nezůstává v ústech, tekutina mi nikdy nevytékala nosem. Před terapií kortikoidy jsem vážil 90 kg. Postupně jsem nabral na váze 10 kg, mám velkou chuť k jídlu. Potřebu změnit stravovací návyky nemám. Denně vypiji přibližně 2 litry tekutin. Mnoho si z posledních hodin nepamatuji.“

Použita měřicí technika: BMI, kožní turgor

Ošetrovatelský problém: nízký příjem tekutin, neznalost možných komplikací, riziko aspirace, nutná dopomoc při sebeobsluze

VYLUČOVÁNÍ

Objektivně

Dnes při teplotách zvýšená potivost. Močí spontánně do močové lahve, na lůžku. Častěji v menším množství, moč je tmavší. Aktuálně udává bolest v podbřišku, spojená s pocitem pálení při močení. Kůže je suchá s drobnými exkoriacemi, jizvy klidné. Se svým zdravotním stavem je plně obeznámen, je si vědom určitých omezení.

Subjektivně

„Nyní mám pocity pálení při močení, které mi dělá velké problémy. Mám dojem, že nevymočím větší množství. Doma problémy žádné nepozoruji, na toaletu chodím pravidelně 1x za dva dny, není tuhá. Naposledy byla včera ráno. Potím se normálně, Potíže s prostatou si neuvědomuji, problémy s močením nevnímám. Močím normálně. Pan doktor říkal, že s prostatou něco mám. Nevzpomínám si, co mi přesně řekl. Ale určitě to ví má manželka.“

Použita měřicí technika: numerická škála bolesti, vnímáno na stupnici 5

Ošetrovatelský problém: bolesti při močení, nedostatek informací,

PŘI POHYBU A UDRŽOVÁNÍ ŽÁDOUCÍHO DRŽENÍ TĚLA PŘI CHŮZI A SEZENÍ, LEŽENÍ, PŘI ZMĚNĚ POLOHY

Objektivně

Pomoc při otáčení, při zajištění vhodné polohy. Použití antidekubitní matrace a antidekubitních pomůcek zmírňujících tlak na predilekčních místech. Vhodná je elektrická postel, kterou si může pacient regulovat sám zvýšený polosed, elevaci dolních končetin. Musí být zajištěna bezpečnost lůžka postranicemi, vybavení lůžka dalšími pomůckami, které pomohou pacientovi k nezávislosti v aktivitách na lůžku (hrazdička, lampička).

v dosahu rukou signalizační zařízení pro možnost přivolání ošetrovatelského personálu. Zajistit informovanost pacienta o zachovávaní správné polohy těla, nutnosti častého polohování a podkládání končetin antidekubitními pomůckami.

Subjektivně

„nejsem schopen chůze, jsem upoután na lůžko, sedět na židli nezvládám a padám. Otáčení na lůžku nesvedu bez pomoci druhé osoby.“

Použita měřicí technika: riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové (21 bodů)

Ošetrovatelský problém: zajištění a udržení správné polohy těla, potřeba informace

PŘI ODPOČINKU A SPÁNKU

Objektivně

V nemocnici mívá problémy s usínáním. Ruší jej hovory na pokoji, světlo, nutný provoz na oddělení. Čtyřlůžkový pokoj neposkytuje potřebný klid. Budí se pak několikrát za noc. Pocity únavy zjistí později, kdy je únava již zřetelná, občas padá oční víčko. Po odpočinku se může dále věnovat různým aktivitám. Při pobytu v nemocnici zjištěna spánková apnoe. Vypracovat plán denních aktivit s ohledem na aktuální zdravotní stav.

Subjektivně

„S usínáním nemám problémy v domácím prostředí. Spím celou noc. Pak se cítím odpočínutý. Byl bych rád, kdyby byl v noci na pokoji klid, ale chápu, že to někdy vzhledem k provozu není možné. Léky na spaní nevyžadují. Mám po nich pocit, že jsem utlumen více, než je zdravo. Přes den je nutné, abych si vydatně odpočinul. To znamená nejméně hodinový spánek alespoň po obědě.“

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: nedostatečný odpočinek, nedostatek informací

PŘI VÝBĚRU OBLEČENÍ, OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

Objektivně

Nutná dopomoc při oblékání, není schopen si zapnout košili, kalhoty. Výběr vhodného oblečení, které netěsní, je volnější, bez knoflíků, je možné jej snadno obléknout. Nácvič aktivit ve vhodném čase, kdy je pacient odpočínutý.

Subjektivně

„Nyní nejsem schopen se sám oblékat, dělá mi to velké problémy.“

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: Barthelův test základních všedních činností (ADL – activities daily living) – 30 bodů

PŘI UDRŽOVÁNÍ TĚLESNÉ TEPLoty V RÁMCI FYZIOLOGICKÝCH HODNOT

Objektivně

Hospitalizován pro vysoké teploty, při příjmu na lůžko již bez tělesné teploty. Monitorace průběžně během dne. Bez indikace k zábalům a ledování. Lékařem ordinována infúzní terapie k rehydrataci, léky na snížení teploty a bolesti. Je zajištěno vhodné prostředí, bez otevřeného okna. Větrání se děje jednorázově na potřebnou chvíli.

Subjektivně

„Při teplotách jsem měl zimnici, třesavku a bolesti kloubů. Potřeboval jsem dvě deky. Mám rád spánek při otevřeném okně, ale nyní bych raději měl vyšší teplotu na pokoji. Těžce snáším průvan.“

Použita měřicí technika: numerická škála bolesti, vnímáno na stupnici 5

Ošetrovatelský problém: zvýšená tělesná teplota a bolesti

PŘI UDRŽOVÁNÍ ČISTOTY, ÚPRAVY TĚLA, OCHRANA POKOŽKY

Objektivně

Nutná dopomoc při hygieně, není schopen se oholit, učesat. Je zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Informován o celkové hygieně na pojízdném lůžku každé ráno, oholení, umytí vlasů, promazání kůže, péče o nehty.

Subjektivně

„Pro nynější zhoršení zdravotního stavu nezvládám sám hygienické potřeby. Již to ani nezkouším. Vše nechávám na manželce, spléhám na její pomoc.“

Použita měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností (ADL – activiti daily living) – 30 bodů

Ošetrovatelský problém: neschopnost provádět hygienické úkony

PŘI ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z OKOLÍ, OCHRANA PŘED NÁSILÍM, NÁKAZOU

Objektivně

V době výskytu virových onemocnění je nutné brát ohled na pacienta se sníženou imunitou. Pacient i rodina jsou nedostatečně informováni o riziku přenosu nákaz, prevenci virových onemocnění dýchacích cest, zvýšeném riziku vzniku nozokomiálních nákaz v nemocnici. Při takovémto riziku je lepší návštěvu vynechat. Při podezření na virové onemocnění používat důsledně jednorázové ochranné pomůcky, domluvit se s rodinou, kdo je schopen návštěvu vykonat. Informovat ošetrovatelský personál, který rozhodne o vhodnosti nebo zákazu návštěv. Vše v zájmu snížení ohrožení zdraví pacienta. Důležitým krokem je okamžité zajištění bezpečnosti lůžka přidáním postranicemi na obou stranách, které zabrání pádu, je možné je zároveň využít při otáčení.

Subjektivně

„Pobyt v nemocnici beru jako nutné zlo. Těším se na to, že mě rodina bude pravidelně navštěvovat. Manželka má sice rýmu, ale nebydlíme od nemocnice moc daleko, cestu zvládne.“

Použita měřicí technika: Stupnice pádů Morse – 60 bodů, vysoké riziko

Ošetrovatelský problém: neznalost vzniku a přenosu infekce, riziko pádu

PŘI KOMUNIKACI

Objektivně

Pacient je v nemocnici hospitalizován již po několikáté. Nyní pro zhoršení zdravotního stavu, který nevnímá jako kritický. Ihned nám předal letáček, kde jsou informace o lécích, které jsou pro myastenika nevhodné.

Spolupracující, hovorný, omlouval se za strniště, které má na bradě. Není přehnaně upovídaný a ani nejeví známky plačtivosti. Je vyrovnaný. Spolu s ním jsou na pokoji 3 pacienti, se kterými neměl problémy navázat slovní kontakt, je veselý a rád ve společnosti ostatních. Se svým zdravotním stavem je plně obeznámen, je si vědom určitých omezení. Odpovídá na všechny kladené otázky. Kontakt navazuje ochotně a rád. Nezdá se být podrážděný. S pacienty na pokoji se rychle seznámil.

Subjektivně

„Po zjištění onemocnění myastenií jsem se snažil získat co nejvíce informací. Od zdravotníků očekávám, že dojde k výraznému zlepšení po nasazení léků a odejdu brzy domů. Považuji se za klidného člověka, i když v této situaci se cítím trochu rozladěn. Nechci být nikomu na obtíž. S manželkou jsme již dobře sehráni. Kladu na sebe zřejmě vyšší nároky.“

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: ztráta jistoty

PŘI VYZNÁVÁNÍ NÁBOŽENSKÉ VÍRY, PŘIJÍMÁNÍ DOBRA A ZLA

Objektivně

Svou nynější situaci bere jako příležitost, naučit se přijímat a ne jen dávat.

Subjektivně

„Nejsem věřící ani úplně nevěřící. Vážím si jiných hodnot než je dnes zvykem.“

Použita měřicí technika: 0

Ošetrovatelský problém: 0

PŘI PRÁCI A PRODUKTIVNÍ ČINNOSTI

Objektivně

Kdysi aktivně sportoval, nyní jen pasivně u televize. Loni ještě řídil auto, zvládal práce na zahrádce. Od ledna tohoto roku výrazné zhoršení chůze. Ani po odpočinku

není znatelné zlepšení. Denně se snažil chodit alespoň po pokoji vzhledem k nepřízní počasí (zima, sníh), sed v křesle nezvládá, sám se nezvedne, nyní velmi unaven, upoután na lůžku. Nutná dopomoc při oblékání, není schopen si zapnout košili, kalhoty, oholit se. Odkázán na pomoc při hygieně, při vyprazdňování. Je zcela odkázán na druhé osoby, především na manželku.

Subjektivně

„Od ledna pociťuji výrazné zhoršení v pohybových aktivitách. Postupně i zhoršení chůze. Současný stav mi nedovoluje ani prostá cvičení. Nezvládám základní úkony při hygieně, holení, česání, čištění zubů. Jsem unavený, slabý.“

Použita měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností (ADL – activiti daily living) – 30 bodů, stupnice pádů Morse – 60 bodů, vysoké riziko

Ošetrovatelský problém: porucha pohyblivosti

PŘI ODPOČINKOVÝCH (REKREAČNÍCH) AKTIVITÁCH

Objektivně

Kdysi aktivně sportoval, nyní jen pasivně u televize. Loni ještě řídil auto, zvládal práce na zahrádce. Současný stav mu nedovoluje ani prostá cvičení. Zajistit spolupráci s fyzioterapeutem, vypracovat individuální plán, zaměřený na správné dýchání, účinný kašel, zachování svalového tonu, prokrvení tkání, prevenci kontraktur.

Subjektivně

„Od ledna tohoto roku se mi výrazně zhoršila chůze. Ani po odpočinku není znatelné zlepšení. Denně jsem se snažil chodit alespoň po pokoji vzhledem k nepřízní počasí (zima, sníh). Postupně se mi zhoršilo i sezení v křesle, které nezvládám a padám, sám se nezvednu. Jsem velmi unaven, bohužel musím zůstat na lůžku.“

Použita měřicí technika: Barthelův test základních všedních činností (ADL – activiti daily living) – 30 bodů, vysoká závislost

Ošetrovatelský problém: neschopnost pohybu

PŘI UČENÍ

Objektivně

Je si vědom svých potíží, ale nemůže s tím nic dělat. Naštěstí má manželku, která na něj dohlíží a pomáhá mu. O svém onemocnění ví hodně, myastenickou krizi neprožil, únavu předvídá se zpožděním.

Zapomíná na svá omezení. Je nutné podat a opakovat informace o preventivních opatřeních v oblasti stravovacích návyků, životosprávě, nutnosti pohybových aktivit, polohování, zapojení se v péči o sebe sama dle možností pacienta. Edukovat pacienta i jeho rodinu o zvlátnostech při ošetřování pacienta s myastenii, o možných komplikacích, jejich včasném rozpoznání, možných nežádoucích účincích léků. Co dělat a jak předcházet svalové slabosti a unavitelnosti, aby nepřešla v myastenickou krizi. V udržení a zvyšování soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování základních

potřeb a tím podpořit vůli a vědomosti pacienta. Provést a vyhodnotit test kognitivních funkcí.

Subjektivně

„Vidím hůře, trochu rozmazaně, nosím brýle na čtení. Číst vydržím jen chvíli, unavuje mě to. Potíže se sluchem nemám. Mívám občasné poruchy paměti, jako schopnost si něco zapamatovat.“

Použita měřicí technika: test kognitivních funkcí – Mini Mental State Exam (MMSE)

Ošetrovatelský problém: neschopnost si zapamatovat, nedostatečná informovanost

7.3 Ošetrovatelská anamnéza podle modelu Virginia Henderson

Stanovení ošetrovatelských diagnóz dle priorit pacienta

Myastenia gravis je zajímavé onemocnění z hlediska ošetrovatelského procesu. Model Virginie Hendersenové je vhodný při určení pomoci ve 14 oblastech, k udržení a navrácení soběstačnosti a nezávislosti pacienta, snahou podpořit vůli a vědomosti pacienta. Odstranění deficitu, který je zdrojem potíží, dosáhnout zlepšení narušeného zdraví, Zvýšit informovanost pacientů. Hlavním cílem je dosáhnout nezávislosti v uspokojování základních potřeb pacienta.

Cílenými otázkami na problémy, zdravotní potíže a pozorováním jsem posoudila a vyhodnotila aktuální potřeby pacienta. Podle koncepčního modelu Virginie Henderson sestavila ošetrovatelskou anamnézu. Dále jsem navrhla ošetrovatelské diagnózy dle Kapesního průvodce zdravotní sestry a NANDA taxonomie I., seřadila dle priorit pacienta. Navrhla a vypracovala plán ošetrovatelské péče, který byl pravidelně vyhodnocován a aktualizován dle zdravotního stavu a potřeb pacienta.

Dýchání nedostatečné

z důvodů neuromuskulární slabosti a poklesem energie (únavou), projevující se dušností, změnami frekvence a hloubky dýchání, neúčinným kašlem a přídatnými poslechovými fenomény

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient normálně a dostatečně dýchá – po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient je bez projevů nedostatečného dýchání, nedojde k aspiraci, má normální frekvenci dýchání – do 2 hodin

Výsledná kritéria:

Pacient nemá pocit nedostatku vzduchu – ihned

Pacient je bez příznaků cyanózy, nedostatečného periferního prokrvení – ihned

Pacient má dostatečné okysličení tkání – do 2 hodin

Pacient bude mít účinné dýchání – do 2 hodin

Plán intervencí:

Monitoruj frekvenci dýchání – průběžně – všeobecná sestra

Kontroluj hloubku dýchání – průběžně – všeobecná sestra

Zajisti vhodnou polohu pacienta – průběžně – všeobecná sestra

Sleduj emoční projevy, svalovou únavu, udýchanost – průběžně – všeobecná sestra

Kontroluj stav vědomí – průběžně – všeobecná sestra

Sleduj stav okysličení kůže – průběžně – všeobecná sestra

Pouč pacienta o nutnosti hlásit okamžitě sebemenší změny v jeho zdravotním stavu ošetřujícímu personálu – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Ověřuj si stav svalové únavy – průběžně – všeobecná sestra

Informuj lékaře o všech změnách zdravotního stavu a projevech chování pacienta – průběžně – všeobecná sestra

Zajisti informovanost veškerého ošetrovatelského personálu o zvláštnotech v péči o pacienta s myastenii – do 12 hodin – všeobecná sestra

Realizace: 2. 2. 2013

Při příjmu na oddělení jsem pacienta s myastenii uložila na pokoj, který byl nejbliže k sesterně. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je neustálý fyzický kontakt nutný k průběžnému vyhodnocování i nepatrných změn v chování pacienta. Infekce, stres z nového prostředí, bolest, iontová dysbalance při zvýšených teplotách a pocení vede ke svalové slabosti.

Slovní kontakt, zda není hlas zastřený, zesláblý, řeč nesrozumitelná, je známkou unavitelnosti. Velmi podrobně jsem při rozhovoru s pacientem a přítomnou manželkou odebrala ošetrovatelskou anamnézu. Zaznamenala každý detail z podaných informací a sestavila podrobný záznam aktuálních schopností pacienta ve svalové výkonnosti, charakteru řeči, pro možnost správného posouzení a určení, zda je stav stabilizován. Je pro nás i přehledným grafem, podle kterého poznáme, jak se svalová slabost a unavitelnost vyvíjí.

Vlivem infekce je někdy nutné přechodně zvýšit dávkování léků na myastenii, které mohou vést ke cholinergní krizi – extrémní předávkování inhibitory acetylcholinesterázy, která se projevuje externí svalovou slabostí, výrazným zahleněním, zúžením zornic. Orientačně jsem si ověřila Seemannovým testem kvalitu hlasu, pozorováním stav víček, zornic. Svalovou sílu tím, zda pacient udrží skleničku s čajem a sám se napije, stav polykání, pohyb jazyka, poloha hlavy.

Obézní lidé jsou více ohroženi selháním dýchacích svalů, chybí dostatečná rezerva. Pro monitoraci stavu dýchání na oddělení chybí monitory, které by zajistily kontinuální měření a kontrolu. Ta je náročnější při nočních službách. Oxymetrem jsem si zjistila saturaci krve kyslíkem. Připravila si k použití kyslíkové brýle, kdyby došlo u pacienta k pocitu nedostatku vzduchu a obtížnému dýchání. Vše jsem zaznamenala v denním hlášení a zdůraznila při předávání kolegyni na noční službě. O svém zjištění jsem poté informovala i lékaře.

Hodnocení: 2. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. Pacient byl nyní bez projevů nedostatečného dýchání, bez cyanózy, bez namáhavého dýchání. Měl zajištěnu vhodnou polohu, dobré prokrvení periferie. Průběžně byl monitorován a jeho aktuální stav zaznamenáván do dokumentace pro případné posouzení stavu svalové slabosti a unavitelnosti. Byli jsme připraveni na krizové situace.

Kyslíková léčba byla připravena k okamžitému použití. Pacient byl uložen na lůžko co nejbliže pracovny sester. Všechny ošetrovatelský personál věděl o pacientovi s myastenii. Byly jim vysvětleny všechny zvláštnoti, i nepatrné odlišnosti a vysvětlena nutnost neodkladného hlášení jakýchkoliv projevů u pacienta. Ošetrovatelské intervence musí pokračovat.

Polykání porušené

z důvodů neuromuskulárního postižení laryngeálních a faryngeálních svalů a svalové slabosti a únavy, projevující se ztíženým polykáním nebo zjevnými obtížemi při polykání, kašlem, sípáním a aspirací

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient je schopen přijímat potravu – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: U pacienta nedojede k aspiraci – do 24 hodin

Výsledná kritéria:

U pacienta bude zajištěna prevence aspirace – průběžně

Pacient bude mít zajištěn dostatečný příjem tekutin – do 12 hodin

Pacient bude znát metody krmení přiměřené individuální situaci – do 24 hodin

Pacient se naučí bezpečně dopravovat jídlo a pití z úst do žaludku – do 24 hodin

Pacient bude dostatečně hydratován – do 24 hodin

Pacient bude mít zajištěn alternativní způsob výživy – po dobu hospitalizace

Pacient udrží žádoucí tělesnou hmotnost – po dobu hospitalizace

Plán intervencí:

Zhodnot' schopnost polykat tekutiny i stravu – po dobu hospitalizace, – všeobecná sestra

Posud' sílu žvýkacích svalů a polykání – při jídle, – všeobecná sestra

Hledej faktory zvyšující riziko aspirace – při jídle – všeobecná sestra

Soustřed' pozornost pacienta na polykání – při jídle – všeobecná sestra

Podávej jídlo vhodně upravené – denně – všeobecná sestra

Nepospíchej na pacienta – při jídle – všeobecná sestra

Vyhýbej se zapíjení pevné stravy – při jídle – všeobecná sestra

Sleduj příjem tekutin pacienta – po dobu hospitalizace – všeobecná sestra

Kontroluj dutinu ústní – po jídle – všeobecná sestra

Odstraň jídlo, které nemůže být spolknuto – po jídle – všeobecná sestra

Doporuč krátký odpočinek před každým jídlem – při jídle – všeobecná sestra

Proved' záznam příjmu tekutin – denně – všeobecná sestra

Monitoruj a zaznamenávej kvalitu pacientových schopností při polykání – denně – všeobecná sestra

Pouč pacienta o akutních zákrocích v případě dušení – denně – všeobecná sestra

Realizace: 2. 2. 2013

Při příjmu pacienta jsem zjišťovala schopnost pacienta polykat a žvýkat stravu. Tato schopnost bývá ovlivněna a snížena svalovou slabostí. Může zde dojít k aspiraci jídla, dušení a vážným komplikacím, které jsou spojeny s nedostatečným dýcháním. Před jídlem jsem pacientovi doporučila, aby si odpočinul. Zkontrolovala dutinu ústní, stav chrupu. Vybrala dietu kašovitou a vysvětlila důvody výběru. Ověřila jsem si, jaká je schopnost pacienta se sám nakrmit. Poučila ho o pomalém stolování. Zeptala se, zda mu jídlo chutnalo a zda ho konzumace nevysiluje s tím, že můžeme konzistenci stravy změnit dle jeho schopností. Pacient se najedl sám, bez mé asistence. Při stravování je však nutný neustálý dozor pro případ náhlé únavy a neschopnosti polknout stravu.

Posuzujeme aktuální stav průběhu onemocnění, protože vytékání tekutin z nosu jsou známkou počínající myastenické krize, kde je nutný včasný zásah. Přítomnost všeobecné sestry není jen kontrola stavu, ale i možností pacienta poučit o správném

životním stylu, ale i zjišťování dalších podrobností z jeho anamnézy, získání si důvěry a vytváření pozitivního vztahu mezi ošetřujícími personálem a nemocným. Pacient je komunikativní, spolupracující, vše chápe. Měl doplňující otázky, na které jsem mu ráda odpovídala.

Hodnocení: 2. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. Důležité je nejen ověření si schopnosti pacienta v oblasti stravování, ale hlavním úkolem sestry je neustálý dohled, předcházení možným komplikacím a kontrola stavu.

Protože pacient onemocněl myastenii v pozdějším věku, kdy už má jiné stravovací návyky, je důležité mu nejen doporučit, jak se má stravovat, ale také upozornit na možné komplikace spojené s kousáním a polykáním. Aby byl seznámen s tím, co dělat při jejich vzniku. Otázkami si ověřit zpětnou vazbu, zda vše správně pochopil. Ošetřovatelské intervence musí pokračovat.

Úzkost (středně závažná)

z důvodů situační krize, ohrožení navyklého způsobu života, změny zdravotního stavu, nedosažitelnosti podpůrných systémů, nedostatečným znalostem, projevující se vyjadřováním obav, zvýšeným napětím, neklidem, ustaraností, aktivací sympatiku, pláčem, zaměřením na vlastní osobu, nespoupráci, straněním se, hněvem a nekomunikací

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient se naučí zvládat svoje problémy – do 7 dnů

Cíl krátkodobý: U pacienta dojde ke zmírnění úzkosti na zvladatelnou míru – do 24 hodin

Výsledná kritéria:

Pacient dosáhne uvolněného vzhledu – do 12 hodin

Pacient je schopen zvládat pocity úzkosti – do 24 hodin

Pacient si uvědomí pocity úzkosti – do 24 hodin

Pacient umí popsat pocity úzkosti – do 24 hodin

Pacient umí vyjádřit své pocity – do 24 hodin

Pacient projevuje zvýšené sebevědomí – do 48 hodin

Plán intervencí:

Zjistí pacientovo vnímání dané situace – průběžně – všeobecná sestra

Všímej si chování pacienta z hlediska míry úzkosti – průběžně – všeobecná sestra

Sleduj fyzickou odpověď, frekvenci dechu a pulzů – denně – všeobecná sestra

Zjistí rodinné vztahy – denně – všeobecná sestra

Zjistí užívané léky – denně – všeobecná sestra

Sleduj míru podrážděnosti – denně – všeobecná sestra

Sleduj a zjisti důvody nespavosti – denně – všeobecná sestra

Registruj obranné mechanismy pacienta – denně – všeobecná sestra

Vytvoř vstřícný vztah – do 12 hodin – všeobecná sestra

Udělej si na pacienta čas, nespěchej, naslouchej – denně – všeobecná sestra

Vytvoř klidné prostředí – denně – všeobecná sestra

Vysvětlí, objasní a informuj pacienta o současné situaci – denně – všeobecná sestra
Zaznamenej a vyhodnot' jeho citové projevy – denně – všeobecná sestra
Pomoz pacientovi při řešení situace – denně – všeobecná sestra
Nauč pacienta spolu s psychoterapeutem techniky zvládání stresu a úzkosti – do 48 hodin – všeobecná sestra
Zvyšuj aktivitu pacienta – denně – všeobecná sestra
Věnuj pozornost účinkům medikace a vyhodnot' – denně – všeobecná sestra
Informuj lékaře o nežádoucích účincích – průběžně – všeobecná sestra

Realizace: 2. 2. 2013

Pacient byl přijat na oddělení v doprovodu své manželky. Uložila jsem jej na lůžko na nejbližší pokoj. Představila ostatním pacientům, seznámila s vybavením lůžka a pokoje. Vysvětlila mu denní řád, práva pacientů a harmonogram dne.

Odebrala sesterskou anamnézu a pozorováním hodnotila jeho aktuální psychický stav a odhadovala, jaký je mezi manželi partnerský vztah. Zjistila chronickou medikaci ke kontrole event. nežádoucích účinků. Zajímaly mne návyky před spaním. Pacient byl hovorný, bez vážných projevů ustaranosti, úzkosti, napětí v obličeji, zrychleného dýchání, bez třesu rukou. Odpovídal klidně, trošku rychle. Manželku nechal, aby jej doplňovala. Doma léky na spaní neužívá. Doufá, že je nebude potřebovat ani v nemocnici. Na hospitalizaci je zvyklý a zvládá ji dobře.

Rodinu jsem informovala o tom, že pacienta mohou kdykoliv navštívit. Ubezpečila je, že kdyby nastal jakýkoliv problém, budeme je telefonicky kontaktovat. Popsaná kvalitativní porucha kognitivních funkcí při příjmu na ambulanci byla zřejmě zapříčiněna dehydratací. Na oddělení byl již bez známek poruch. Při odchodu manželky mírně znejistěl. Komunikoval s ostatními a poté usnul. Pozorováním jsem zjistila, že se u pacienta projevila spánková apnoe, o které jsem informovala lékaře a poznatek zapsala do dokumentace. Po jeho probuzení jsem si ověřila saturaci krve a připravila kyslíkové brýle pro případné použití. Pacient neměl známky dechové nedostatečnosti.

Hodnocení: 2. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. Projevy případné deprese, úzkosti lze očekávat druhý den, kdy může u pacienta nastat pocit neschopnosti v pohybových aktivitách, může si uvědomit svoji závislost na manželce, netrpělivost při hospitalizaci. Známky znepokojení nebo nespokojenosti mohou nastat po prodělané noci, kdy na čtyřlůžkovém pokoji nelze v noci zajistit potřebný klid na spaní. Je nutná zvýšená kontrola pacienta během nočního spánku. Ošetrovatelské intervence musí pokračovat.

Péče o sebe sama nedostatečná (vysoký stupeň závislosti)

z důvodů svalové slabosti a unavitelnosti, neuromuskulárního postižení, omezené pohyblivosti, projevující se neschopností přijímat potravu, dodržovat hygienické návyky, sníženou schopností se oblékat, provádět činnosti spojené s vyprazdňováním, potřebou pomoci jiné osoby

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient má zajištěné bio – psycho – sociální potřeby a maximální úroveň soběstačnosti v uvedených oblastech – po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient se snaží o sebe pečovat a je soběstačný na úrovni svých schopností – do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient zná příčiny snížené soběstačnosti – do 24 hodin
- Pacient je seznámen s možnostmi profesionální pomoci – do 24 hodin
- Pacient je dostatečně informován, jak zlepšit péči o sebe sama – do 2 dnů
- Naučí se novým způsobům, aby byly splněny potřeby péče o sebe sama – do 4 dnů
- Pacient se naučí šetřit energií – do 4 dnů
- Pacient používá pomůcky vhodné v péči o sebe sama – do 4 dnů
- Pacient dosahuje maximální míry soběstačnosti – do 6 dnů
- Pacient se účastní aktivit denního života – denně
- Pacient spolupracuje s fyzioterapeutem – denně

Plán intervencí:

- Zajisti bezpečnost pacienta s ohledem na prevenci úrazů – ihned – všeobecná sestra
- Zajisti signalizační zařízení pro přivolání zdravotnického personálu – ihned – všeobecná sestra
- Zajisti vhodné pomůcky k lůžku pacienta – do 1 hodiny – všeobecná sestra
- Zhodnot' Barthelův test základních všedních činností – denně – všeobecná sestra
- Proveď kontrolu posouzení funkční úrovně – průběžně – všeobecná sestra
- Zajisti vhodnou stravu – denně – všeobecná sestra
- Odstraň příčiny bránící v účelném zapojení – do 2 hodin – všeobecná sestra
- Monitoruj a zaznamenej do dokumentace svalovou sílu, dostatečné dýchání, schopnost pohybu na lůžku, schopnost najít se – průběžně – všeobecná sestra
- Zjistí problémy a zapoj aktivně pacienta do rozhodování o sobě samém – do 4 hodin – všeobecná sestra
- Informuj pacienta o nutnosti střídání aktivit a odpočinku – do 6 hodin – všeobecná sestra
- Nauč pacienta používat pomocná zařízení lůžka – do 6 hodin – všeobecná sestra
- Dbey na bezpečnost včetně úpravy prostředí a prevenci pádů – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Sestav program na zlepšení úrovně péče o sebe sama – do 24 hodin – všeobecná sestra
- Zajisti individuální rehabilitaci: dechová cvičení, procvičování svalových skupin v prevenci úbytku svalové hmoty, snížení svalového tonu, osteoporózy, vzniku dekubitů – denně – fyzioterapeut, všeobecná sestra
- Zajisti vhodnou stravu a kontroluj polykání – průběžně – všeobecná sestra
- Pomoz s adaptací na běžné denní aktivity – denně – všeobecná sestra, ošetřovatelka
- Věnuj zvýšenou pozornost a pečuj o kůži pacienta – denně – všeobecná sestra
- Prováděj prevenci dekubitů – denně – všeobecná sestra
- Udělej si dostatek času a nespěchej – denně – všeobecná sestra
- Podporuj pacienta v jeho snažení – denně – všeobecná sestra
- Splň individuální potřeby pacienta – denně – všeobecná sestra
- Komunikuj s pacientem o problému a zodpověz jeho otázky – průběžně – všeobecná sestra
- Povzbuzuj pacienta při jeho aktivitách a snaze o zvládnutí běžných denních úkonů – denně – všeobecná sestra
- Pobízej pacienta ke slovnímu vyjádření pocitů a otázek, udržuj slovní kontakt – denně – všeobecná sestra
- Aktivizuj pacienta hudbou, televizí, návštěvami, udržuj orientaci časem, místem, osobou – denně – všeobecná sestra
- Zajisti soukromí – denně – všeobecná sestra

Pátrej po subjektivních a objektivních příznacích vyžadujících lékařskou intervenci – denně – všeobecná sestra

Zapoj rodinu do péče o pacienta, o zvládnutí problémů s imobilitou – do 2 dnů – všeobecná sestra

Informuj pacienta o nutnosti změn životního stylu – do 4 dnů – všeobecná sestra

Informuj rodinu o využití služeb agentury domácí péče – do 5 dnů – všeobecná sestra

Realizace: 2. 2. 2013

Po uložení pacienta na lůžko jsem ihned zajistila jeho bezpečnost jako preventivní opatření při vysokém riziku pádu. Vysvětlila používání signalizačního zařízení. Poučila o nutnosti sdělení jakýchkoliv změn v jeho zdravotním stavu. Při přijetí jsem zjistila úroveň soběstačnosti pacienta pomocí ADL testu – 30 bodů, což znamená vysoký stupeň závislosti. Na základě domluvy a spolupráce s pacientem navrhla program na zvýšení schopností pacienta postarat se o sebe sama.

Upravila lůžko dle přání pacienta se zajištěním zvýšené polohy hrudníku ke snazšímu dýchání. Zajistila jsem pomocná zařízení k lůžku ke snadnějšímu pohybu pacienta. Použila antidekubitní pomůcky na riziková místa.

Zhodnotila jsem stav kůže (Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové, 21 bodů), která vyžaduje zvýšenou péči, a zapsala vše do dokumentace. Vysvětlila jsem nutnost polohování, používání speciálních pomůcek a časového harmonogramu. Aktivně jej zapojila do určování vhodné polohy s důrazem na zvýšenou část hrudníku. Pacienta jsem informovala o denním režimu, podávání stravy, časem určeným pro hygienu, nutnou rehabilitaci. Seznámila ho s pacienty na pokoji. Zeptala se, zda má ještě nějaká přání, která bych mu mohla splnit, která by mu zpříjemnila hospitalizaci.

Ujistila jsem ho v případě dotazů, ať se hned zeptá, aby mu bylo vše jasné. Vůbec mi nebude vadit, když se bude ptát několikrát. Mé jméno již zná a já jej budu mít na starosti po zbytek dne. Se mnou ve službě je ještě kolegyně, kterou představím později. Určitě pozná během dne i ostatní ošetrovatelský personál, který mu také rád se vším pomůže.

Během dne jsem při pozorování pacienta průběžně zjišťovala jeho schopnosti péče o sebe sama. Vyhodnocením testu základních všedních činností získala přehled o úrovni péče pacienta o sebe sama v závislosti na fyzické kondici během dne. Je nutné počítat s tím, že tato schopnost kolísá. U pacienta je nezbytný zvýšený dohled, monitorace dostatečného dýchání a záznam do dokumentace pro ucelený přehled a posouzení jeho aktuálního zdravotního stavu.

Pacient má zvýšenou hmotnost nad hodnotu indexu tělesné hmotnosti (BMI) – 31, která se projevuje nejen uváděnými špatnými stravovacími návyky a objektivně prokazatelným nadměrným množstvím tuku, ale také porušenou pohyblivostí. Po dohodě s lékařem byla objednána dieta číslo 4 s omezením tuků, strava mletá ke snadnějšímu polykání. Svoji přítomností při jídle jsem zjistila schopnost pacienta se najíst, schopnost polykání, zkontrolovala jsem dutinu ústní, zda v ní nezůstávají zbytky jídla a preventivně zabránila případné aspiraci.

Poučila pacienta o nutnosti těchto kroků, které vedou k prevenci možných komplikací a informovala jej o příčinách vzniku, projevech a důsledcích. Zodpověděla otázky ze strany pacienta o zvýšené potřebné péči.

Hodnocení: 2. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. U pacienta byla zajištěna maximální úroveň soběstačnosti. Pacient umí provádět denní aktivity podle svého stavu. Je částečně soběstačný. Má vytvořené podmínky, je dostatečně informován a podporován v aktivitách. Byla navozena důvěra v ošetrovatelský personál. Průběžně je kontrolována schopnost odpočinku pacienta mezi jednotlivými činnostmi a adaptace pacienta v novém prostředí. Je nutné si denně průběžně ověřovat nabyté schopnosti, které se mohou kdykoliv, díky charakteru onemocnění, změnit. V ADL testu dosahuje 30 bodů. Stále potřebuje pomoc a dohled při stravování, při zajištění celkové hygieny, při oblékání, polohování. Prevence vzniku dekubitů, zvýšená péče o kůži a sliznice je nezbytnou nutností.

Kontinuální monitorace a záznam fyziologických funkcí jsou indikovány. Změny ve zdravotním stavu budou neprodleně hlášeny lékaři. Ošetrovatelské intervence musí pokračovat.

Infekce, riziko vzniku

z důvodů snížení primární (kožní praskliny, vážnoucí funkce řasinek epitelu dýchacích cest, stázy tělesných tekutin) a sekundární obrany (utlumené protizánětlivé odpovědi), imunosuprese, antibiotické léčby

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient nemá známky nozokomiální infekce, bude zachována celistvost tkání – během hospitalizace

Cíl krátkodobý: Pacient je informován a umí předcházet rizikovým faktorům vzniku infekce – do 2 dnů

Plán intervencí:

Zjistí a odstraní rizikové faktory výskytu infekce – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Zajisti vhodné prostředí – do 1 hodiny – všeobecná sestra

Pátrej po místních známkách infekce – do 2 hodin – všeobecná sestra

Zjistí běžný způsob močení a srovnej ho se současnou situací – do 6 hodin – všeobecná sestra

Zhodnoť, kontroluj a dokumentuj stav kůže v místě vstupu kanyly – denně – všeobecná sestra

Pátrej po možnostech systémové infekce, posud' příznaky infekce – průběžně – všeobecná sestra

Odeber vhodné vzorky tekutin k vyšetření citlivosti na antibiotika – dle indikace lékaře – všeobecná sestra

Dodržuj sterilní postupy – denně – všeobecná sestra, lékař

Dodržuj bariérový přístup, řádné mytí a dezinfekci rukou, používání jednorázových ochranných pomůcek – průběžně – všeobecná sestra, lékař, ošetrovatelka

Sleduj a informuj návštěvy o přenosu infekce – denně – všeobecná sestra

Zvýšenou péči věnuj, sleduj a kontroluj sliznice, kůži, včetně oblastí vystavených tlaku, dutinu ústní – denně – všeobecná sestra

Používej pomůcky ke zmírnění tlaku, informuj o používání antidekubitních pomůcek – denně – všeobecná sestra

Prováděj včasnou mobilizaci pacienta dle jeho možností – denně – všeobecná sestra

Zlepšuj tkáňové prokrvení – denně – všeobecná sestra

Aktivně jej zapojuj do změn polohy, dle potřeby pomáhej, udržuj řádnou polohu těla – denně – všeobecná sestra, ošetrovatelka

Informuj a prováděj s pacientem dechová cvičení vedoucí k účelnému kašli, hlubokému dýchání – denně – všeobecná sestra, fyzioterapeut
Sleduj poslechový nález na plicích, o změnách informuj lékaře – průběžně – všeobecná sestra
Všímej si změn tělesné teploty, barvy, celistvosti kůže – denně – všeobecná sestra
Sleduj toleranci aktivity, schopnost dýchání před a po zátěži – denně – všeobecná sestra
Sleduj příjem a výdej tekutin, stav výživy, příjem potravy, adekvátní zavodnění – denně – všeobecná sestra
Sleduj schopnost močení vsedě, nacvičuj s pacientem močení, sleduj diurézu, charakter močení – denně – všeobecná sestra
Zajisti dostatečnou hygienu po močení, defekaci – denně – všeobecná sestra
Sleduj účinky antibiotik, přítomnost vedlejších účinků – denně – všeobecná sestra
Informuj pacienta o správné výživě, dostatečném příjmu tekutin ke snížení rizika močového infektu – denně – všeobecná sestra
Monitoruj bolest, zaznamej přítomnost, lokalizaci, charakter, intenzitu a trvání bolesti – průběžně – všeobecná sestra
Věnuj pozornost duševnímu stavu pacienta – průběžně – všeobecná sestra
Informuj pacienta a rodinu o riziku šíření nozokomiálních nákaz a jejich prevenci – denně – všeobecná sestra
Informuj ihned lékaře při výskytu nežádoucích účinků – průběžně – všeobecná sestra
Celkový zdravotní stav monitoruj, vyhodnocuj, zaznamenávej do dokumentace a průběžně informuj lékaře – denně – všeobecná sestra

Realizace: 2. 2. 2013

Po uložení pacienta byla nutná podrobná prohlídka stavu sliznic, kůže a dalších anamnestických údajů důležitých pro sestavení ošetrovatelského plánu v prevenci a péči o sliznice a kůži. Začala jsem prohlídkou dutiny ústní, zjistila, v jakém stavu má pacient chrup, sliznici. Zkontrolovala množství slin, udělala si představu o pohybu jazyka. Všechny zjištěné poznatky a údaje jsem zaznamenala do dokumentace.

Pacient přišel na oddělení se seborrhoickou dermatitidou. Kontrola kůže, strategická rozvaha v péči o defekty, záznam do dokumentace o povaze, velikosti a stupni poškození, bylo jedním z úkolů po přijetí pacienta na lůžko. Zjistila jsem pouze malé exkoriace, které nevyžadovaly zvláštní ošetření. V prevenci zhoršení stavu kůže je však nutné nejen časté polohování s použitím antidekubitních pomůcek, ale hlavním úkolem je pokožku udržovat vláčnou za použití oleje proti vysychání kůže, během dne opakovaně. Při ošetřování kůže jsem provedla lehkou masáž zad a dolních končetin. Samozřejmostí je neustálá kontrola lůžka, stav pokožky, kdy při zvýšeném pocení bylo nutné udržovat lůžko čisté a vypnuté. Zajistila jsem také výměnu matrace za antidekubitní.

Striktní dodržování zásad hygienicko – epidemiologického režimu musí být samozřejmostí, zvláště v situaci, kdy je pacient uložen na pokoj s dalšími třemi pacienty. Snažila jsem se o to, aby byla zachována alespoň malá izolace. Mezi pacienty jsem umístila zástěnu, která trochu bránila přenosu infekce. Ta nepřekáží v komunikaci. Všechny učiněné kroky jsem vysvětlila zvědavým pacientům na pokoji. Mohly by vzniknout obavy z nedostatku informací. Zároveň byla edukována i rodina v oblasti prevence přenosu a rozvoje infekčních komplikací, která nevěděla o vysokém riziku vzniku v případě, že přijdou na návštěvu s pouhou rýmou. Mytí rukou a jejich dezinfekce se stalo součástí jejich návštěv.

Informovala jsem pacienta o důležitosti zvýšené polohy hrudníku. Spolu jsme nacvičovaly otáčení za jeho vydatné pomoci. Požádala jsem ho, aby zakašlal a udělala si tak jasnou představu o svalové síle při kašli, který je důležitý k udržení volných dýchacích cest a jejich čištění.

Zdrojem infekce jsou též zavedené periferní kanyly. Na emergency byla pacientovi zavedena periferní žilní kanyla. Je nutné ji vyměnit do 12 hodin. Pacientovi jsem vysvětlila nutnost výměny a při odběru dalších krevních vzorků zavedla novou za přísných aseptických podmínek. Přelepila ji průhlednou fólií, která se má měnit za tři dny. Výhodou je možnost kontroly místa vpichu, je zde lehce znatelná jakákoliv změna na kůži. V dokumentaci zaznamenala změnu s tím, že je nutné při sebemenší pochybnosti nebo náznaku projevu infekce, jako je pálení v místě vpichu nebo mírné zarudnutí, kanylu vyměnit, denně dezinfikovat a měnit sterilní krytí.

Dalším zdrojem infekce byla infekce močových cest. Pacient močil spontánně, ale bylo nutné kontrolovat množství, vzhled a zápach moče. Pacienta jsem informovala, proč je nutná infúzní léčba a dostatečný příjem tekutin. Nalila mu dle jeho přání hořký čaj a pomohla mu s napitím. Byl mírně unavený a udržet skleničku s čajem byl ještě problém. Založila kartu bilance příjmu a výdeje moče pro kontrolu a přehled přijímaného a vydaného množství tekutin.

Hodnocení: 2. 2. 2013

Cíl byl splněn částečně. U pacientů s oslabenou imunitou je důležité zabránit vzniku nozokomiální infekce, přenosu a projevům infekce vůbec. Byly podniknuty všechny dostupné kroky k tomu, aby nedošlo k žádným projevům zánětu. Pacient byl o všem informován, se vším souhlasil a všemu rozuměl. Rodina byla poučena a zapojila se do účinné prevence. Stálé a časté kontroly všech rizikových momentů je třeba opakovat každý den. Intervence musí nadále pokračovat.

7.4 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Myasthenia gravis je onemocnění velice rozmanité, ale také zrádné ve kterékoliv době. Více jsou ohroženi sice staří a polymorbidní lidé, ale na náhlou změnu zdravotního stavu je třeba pomýšlet vždy a u všech.

Krátkodobé cíle, které jsem si vytyčila u tohoto pacienta, byly splněny. I přes to musí být průběžně kontrolovány a prověřovány.

U dlouhodobých cílů bylo hlavním úkolem dostatečně informovat, naučit, rozpoznat a předcházet možným nenadálým situacím, které mohou přejít velmi rychle v komplikace ohrožující život. Podrobná znalost možných problémů nemá zastrašit, ale naučit prevenci a pohotovému jednání. Takto lze předcházet kritickým stavům, které se z počátku mohou jevit jako banální.

Pacient i rodina projevovali zájem o nové informace, což je základem úspěchu edukace. Pochopení problematiky jsem si ověřila zpětnou vazbou, upřesnila některé podrobnosti a odpověděla na dotazy. Spolupráce s rodinou i pacientem byla velmi dobrá a na vysoké úrovni.

7.5 INTERPRETACE

Zjištění onemocnění s diagnózou myasthenia gravis u někoho může vyvolat velké obavy. U každého nemocného choroba probíhá velmi odlišně. I lehčí formy onemocnění, tzv. oční myastenie je velmi nepříjemná. Dvojité vidění zhoršuje orientaci, způsobuje závratě, pokles víček má za následek funkční slepotu. Na druhé straně prudce probíhající formy onemocnění jsou spojeny s rizikem ohrožení života.

Je třeba si uvědomit, že v naprosté většině případů lze nemoc dostat pod kontrolu. To, co je důležité, je přehodnotit životní priority. Je nutné rozlišovat podstatné od podružného, ujasnit si postoj k práci, mít oporu u svých blízkých, mít ve svém lékaři partnera, jehož cílem je Vám pomoci.

Nelze vše nechávat na ostatních. Je třeba svůj životní styl přizpůsobit zdravotnímu stavu. Nepodceňovat se, ale také nepřeceňovat své síly. Nejbližší okolí by mělo znát vaši diagnózu, aby v případě krizové situace nebyli bezradní.

Myastenici musí přísně dodržovat čas podávaných léků. Sebekontrola je nezbytná. Nemocní si i ve fázi stabilizace zapisují svůj zdravotní stav, což slouží k informovanosti pacienta při zhoršování stavu. Známkou stabilizovaného stavu je trvalá dechová aktivita. Problémy s dýcháním lze očekávat po větší námaze, psychickém stresu, změnách počasí, v těhotenství. Mají přehled o příznacích, které jsou indikátory k aktivizaci záchranného řetězce.

Členové rodiny též monitorují aktuální stav pacienta. Musí se naučit umělému dýchání, aplikovat neostygmín v akutních případech. Kontrola svalové únavy, pokles končetin, známky vytékání tekutiny nosem, pokles ostrosti vidění, jsou varovným příznakem (SCHÜTZNER, 2005).

Od zdravotnického personálu se očekává vysoká úroveň profesionality v ošetrovatelské péči. Úskalí tohoto onemocnění, základní znalosti o rizikových faktorech, varovných příznacích a komplikacích pomohou v předcházení život ohrožujícím situacím. Pomohou v prevenci vzniku poškození a následným komplikacím. To vše se neobejde bez navození vzájemné důvěry zdravotníků s nemocným a jeho rodinou. Přátelská atmosféra a klidné prostředí přispívají k pohodě a vyrovnanosti, tolik potřebné pro myastenika ve stresujícím prostředí, jakým nemocnice a hospitalizace jsou.

7.6 DISKUZE

Pro zdárný průběh léčby je u myasteniků důležitá informovanost. Dispenzáře zajišťují kontrolu pacientů, edukaci. Nutná hospitalizace s jiným onemocněním zasáhne do stanoveného režimu rodiny. Nevyslovené obavy z toho, zda se o pacienta budeme umět postarat, je na příbuzných vidět. Sledují a pozorují nás velmi bedlivě. Proto teoretická připravenost a pozorovací talent musí být součástí povahy ošetrovatelského personálu. Stres a depresi přeměnit v naději v rychlé uzdravení. Trpělivě jej vyslechnout, pomoci mu vyrovnat se s onemocněním a přimět ho ke spolupráci. Vytvořit přátelský vztah, který mu pomůže zvládnout nepříjemné pocity ze zhoršeného zdravotního stavu.

Z psychologického hlediska nemoc vážně zasáhne do života lidí. Pacienti, kteří onemocní myastenii v pozdním věku, se musí vyrovnávat s mnoha problémy. Celý život jsou zvyklí na určitý životní styl. Ten se jim od základu změní. Adaptace není snadná, prochází si fázemi, které popisuje Dr. Kübler – Rossová, přes popírání až ke smíření. S pomocí rodinných příslušníků a ošetrovatelského personálu je psychická zátěž rozložena a pacient se s nemocí lépe vyrovnává.

Psychické vyrovnání s MG není lehkým procesem, jelikož se jedná o chronickou nemoc, která významným způsobem změní pacientův dosavadní život. Na nově vzniklou situaci se musí adaptovat jak nemocný sám, tak rodinní příslušníci a blízcí přátelé. Adaptace prochází 5 fázemi, jak je popsala Dr. Kübler – Rossová. Je nutné si uvědomit, že každý člověk tyto fáze může prožívat v jiném časovém rozpětí nebo pořadí. Tak se může stát, že pacient je již smířen se svou nemocí a je ochoten se naučit s ní žít, ale blízcí jsou stále ve fázi např. smlouvání či hněvu a znesnadňují pacientův pokrok. Uvědomují si sestry, ve které fázi se její pacient nachází? Uvědomují si niterné prožitky pacienta? Jsou profesionálně zdatné a umí zvládat situace, kdy je pacient plačtivý, rozrušený, zlobí se, je agresivní? Neberou to jako útok na vlastní osobu? Musí být empatické a správně reagovat na složitou životní situaci pacienta.

K fyzické adaptaci na nově vzniklou situaci může pomoci rehabilitační péče. Rehabilitační aktivity je třeba naplánovat na dopolední hodiny, kdy pocit únavy nedosáhl kritických hodnot. Měnit zátěž dle aktuálních schopností pacienta. Nechtít po něm nemožné. Záměrem je pacient, aktivně se účastní celého léčebného procesu. Je-li vstřícný novým poznatkům, lze pacienta naučit relaxačním technikám a správnému dýchání, které napomohou zdárné rehabilitaci. Nedomnívat se v odpoledních hodinách, že je pacient líný, nechce nám pomoci a nechá si kolem sebe vše udělat.

Ošetrování je velmi náročné jak doma, tak v nemocnici. Pro zdravotníky to znamená neustálý dohled. Což na standartních odděleních bývá problém. Pacientů je mnoho, příjmy bývají náročné na čas, který se jim musí věnovat. A to jsou okamžiky, kdy pacient s myastenii není pod přímým dohledem. Ne vždy je indikován na jednotku intenzivní péče, kde je napojen na monitor a kontinuálně sledován. Chybí monitory, které by upozornily na nedostatečné dýchání. Zajištění soukromí je též velmi problematické. V noci pokoj s více pacienty neposkytuje potřebný klid a nezaručí odpočinek. Nedostatek spánku může přispět k rozvoji onemocnění.

Ošetrovatelský personál by si měl být vědom toho, že tento pacient je rizikový díky několika činitelům, kterými jsou: věk a s ním spojená polymorbidita, iatrogeně navozená imunosuprese, MG. Výsledkem těchto faktorů je zvýšená náchylnost k oportunním infekcím, především močového a dýchacího traktu. Vysoké riziko vzniku bércových vředů nebo dekubitů by měl být znám všem zdravotníkům a jejich povinností je maximalizovat prevenci vzniku těchto infekcí. Je známo, že infekce u myasteniků

může vyvolat exarcebaci onemocnění a může vyústit až v myastenickou krizi. Otázkou zůstává, jestli by nebylo vhodnější tyto pacienty umístit na jednotku intenzivní péče, i když jeho diagnóza není indikací k uložení na lůžko JIP. Je zde zajištěna kontinuální monitorace, bariérový přístup. Dostupnost okamžité intubace a případné resuscitace je velkou výhodou. Naopak může dojít u pacienta ke zhoršení psychického stavu tím, že leží na intenzivním pokoji a mylně se může domnívat, že jeho stav je velice vážný. Právě proto je úkolem ošetrovatelského personálu správně informovat pacienta i rodinné příslušníky a vysvětlovat a vysvětlovat. V případě nepochopení ze strany pacienta je možné požádat o konzultaci psychologa či psychiatra. Při neutišitelném depresivním stavu z nastalé situace je možno indikovat antidepresiva, která však mohou způsobit povšechný útlum pacienta a zhoršit průběh nemoci. Proto je nutné individualizovat léčbu a reagovat na nově vzniklé situace.

Všeobecná sestra si musí kroky směřované k pacientovi s myastenii dobře naplánovat, stanovit si priority. Spolupracovat s rodinou, lékařem a zapojit do ošetrovatelské péče celý tým. Je to zodpovědnost, která ovlivňuje a na které závisí postoj a přístup pacienta k zvládnutí onemocnění

Bohužel se v praxi setkáváme se situacemi, kdy nejen sestry nesprávně vyhodnocují a podceňují stav pacienta s myastenii. Možná z nedostatečné znalosti problematiky. V kompenzovaném stavu vypadají dobře, zvládnou spoustu činností i bez pomoci druhého. Mohlo by se v tuto chvíli zdát, že jsou pohodlní nebo jen simulují. Je nutné a důležité myslet na nenadálé zhoršení zdravotního stavu z minuty na minutu. Příčinou nemusí být vždy jen léky, infekce nebo teploty. Psychický stav je naprosto klíčový.

Jsme jako zdravotníci dobře vybaveni vědomostmi a potřebnými znalostmi? Známe nežádoucí účinky léků, víme, které a jak mohou stav pacienta zhoršit? Máme přehlednou dokumentaci sledování komplikací u pacientů s myastenii? V knihách určených myastenikům a v odborných publikacích lze nalézt mnoho rad a pokynů, jak se chovat, čeho se vyvarovat, čeho se nebát, různé hodnocení vlivů. Za své praxe jsem se setkala se třemi pacienty s MG, u kterých byla diagnostikována spánková apnoe. Ti však byli hospitalizováni na jednotce intenzivní péče s důkladnou monitorací. Na oddělení jsme postaveni před dilema: budit pacienta průběžně během spánku nebo nebudit? A přidá-li se k tomu ještě vysoké riziko nedostatečného dýchání při infekci a teplotě? Při studiu dostupných materiálů jsem se snažila najít záznam o řešení tohoto problému. Zřejmě procento výskytu této komplikace je zanedbatelné, protože jsem nebyla v hledání úspěšná. Ve všech případech se musí postupovat individuálně a dle stavu a možností pacienta.

K ulehčení náročné práce sester na odděleních jsem navrhla a vypracovala dokumentaci „Sledování komplikací MG při spontánní dechové aktivitě.“ Myastenikovi je doporučováno vést si záznam o svém aktuálním zdravotním stavu. Ošetrovatelský personál jej potřebuje pro časovou přehlednost a vývoj také. Zároveň nám připomene příznaky při myastenické krizi, nežádoucí účinky léků a jiné komplikace, upozorňující nás na možné hrozící vážné problémy spojené s MG.

DOPORUČENÍ

Doporučení pro zdravotníky:

- životní styl myastenika se musí změnit od základu. Nic nesmí podceňovat, ani přeceňovat. Zvláště své síly. Včasné rozpoznání přicházející únavy, předcházení stresovým situacím, adekvátní a rychlá léčba zánětů, užívání léků v pravidelných časových intervalech musí být samozřejmostí jak pro pacienta, tak toto podvědomí musí být zakódováno i v jeho rodině. Nenápadná kontrola rodinnými příslušníky je nezbytná,
- pacient musí mít neustále u sebe dokumentaci, která upozorňuje na toto onemocnění,
- pacient musí mít vždy dostatečnou rezervu léků pro léčbu uvedeného onemocnění. V případě infekce dýchacích cest i jiných běžných onemocnění je nutná jejich intenzivní léčba včetně léčby antibiotiky. Musí mít u sebe seznam volně prodejných léčiv pro běžné indikace, které je možno kdykoliv použít, seznam léčiv, která jsou při MG nevhodná. Mít seznam všech chronicky užívaných léčiv pro přidružené choroby, rozpis léků z indikace MG, včetně hodin jejich užívání. Zásobu léků z indikace MG minimálně na 3 měsíce. Při hospitalizaci z jakéhokoliv důvodu, mít léky u sebe, v dostatečném množství,
- v případě jakýchkoliv komplikací zdravotního stavu, event. dotazů, týkajících se myastenie, je doporučeno kontaktovat Centrum Myasthenia gravis, Neurologická klinika VFN, Kateřinská 30, Praha 2, tel.: 02-24918054,
- není vhodné soustavně pít minerální vody s obsahem magnézia, pokud není ověřena jeho deplece, bilance příjmu a výdeje,
- při odvykání od kouření nejsou vhodné nikotinové náplasti (Nicorette) ani nikotinové žvýkácké gummy. Při nachlazení není vhodný Coldrex Broncho z důvodů 2% obsahu guaifenezinu. Při zvýšené teplotě déle než 2 dny je nutné nasadit antibiotika. K usnadnění odkašlání jsou vhodná mukolytika. Astmatici – pokud musí užívat ICHE, je vhodné před nástupem účinku dávky použít jednu dávku inhalačního beta2-mimetika, např. Berodual nebo Atrovent, které zabrání nepříjemnému pocitu náhle zhoršeného a namáhavého dýchání. Při dávkování ICHE je třeba u astmatiků postupovat individuálně, nejlépe během hospitalizace,
- dráždivý tračník a vagotonici – nemají užívat ICHE na lačný žaludek a to zejména ráno. Vyjímkou je pocit narůstající slabosti, kdy je časová naléhavost vyšší. Užití v malém množství hypotonické tekutiny na lačno může vyvolat nevolnost, zvýšenou peristaltiku, imperativní nucení na stolicí až průjem. Při nutnosti rychlého nástupu účinku léku- např. Syntostigminu, se před jídlem rozdrolí na lžičce do vody nebo čaje a zapije se 50-100 ml vody nebo čaje. Minerálka, bujón nebo mléko, koncentrovanější iontový nápoj nebo džus nejsou vhodné. Nástup účinku se jimi významně oddálí a bude postupný. Správně má účinek nastoupit u Syntostigminu přibližně za 15 min. na lačný žaludek,
- prášky na spaní nejsou vhodné ze skupiny benzodiazepinů pro jejich svalové relaxační působení. Neuroleptika u starších pacientů sumují bradykardizující účinek ICHE, zejména ve fázi nonREM spánku. Nové přípravky typu zolpidem (Stilnox) nebo zopiklon (Imovane) jsou vhodnější, u osob nad 60 let s redukcí dávky na 50%. U pacientů s tendencí k noční bradykardií je vhodný i klasický Bellaspone s lehce vagolytickým, tj. antibradykardickým účinkem, raději v menších dávkách, individuálně. Prášky na bolení hlavy i volně prodejně, nemusí být vhodné. Rizikový

je např. Ataralgin z důvodu obsahu guajafenezinu. Je vhodné použít nekompozitní přípravek, např. tramadol (Tramal), paracetamol (Paralen, Panadol), nesteroidní antirevmatika, salicylát (Anopyrin), z kompozitních je možné užít Alnagon a Korylan. Při vertebrogenních bolestech nejsou vhodné zejména naklofej (Baclofen, Lioresal), guajafenezin (Guajanal), tinazid (Sirdalud). Vhodná alternativní kombinace je tramadol (Tramal), selektivně thicolchidosid (Coltramy), kromě lokálních obstrůvků a fyzioterapie,

- rehabilitace u pacientů s MG se v dnešní době doporučuje. Trénování lidé chorobu zvládnou lépe než netrénovaní. Jsou vhodné cviky pomalé, omezené na malé svalové skupiny. Cvičení je rozloženo na kratší časové úseky několikrát denně. Netrénované svaly jinak ochabují a zhoršují fyzickou výkonnost. Nedoporučuje se použití magnetoterapie ani myostimulátorů, protože nadměrná stimulace svalů může způsobit zhoršení svalové slabosti. Lázeňská léčba se nedoporučuje pro zvýšené riziko zhoršení a vyprovokování svalové slabosti procedurami: teplé koupele, elektroléčba (PÍŤHA, 2004),
- operativní řešení očních potíží – jednostranná plastická operace víčka, ponechat v ruce odborníka,
- doporučujeme předcházet riziku poranění při běžných domácích činnostech, jako je osobní hygiena, vaření, úklid. Zachovávat pravidla suché podlahy, pomocných zařízení pro vstávání v koupelně a na záchodě, odstranění malých kobereců, zvýšených prahů a volných kabelů. Při vaření a žehlení, kdy stoupá riziko poranění, opaření, dbát na zvýšenou bezpečnost. Procházky si naplánovat a dávat pozor na nerovný terén, kluzké schody. Při přecházení silnice zachovávat opatrnost. Je zde riziko špatného odhadu vzdálenosti při ztrátě prostorového vidění,
- vysoké teploty zvýrazňují svalovou slabost, dochází k vyšší ztrátě draslíku a hrozí vznik křečí z nedostatku. Je nutné zvýšit příjem tekutin. Předcházet nachlazení, nastydnutí vyhýbání se prostředí s větším počtem lidí (nákupní střediska),
- mít po ruce mobilní telefon s důležitými čísly a nosit s sebou minimální zásobu léků. Důležitý je leták s informacemi pro lékaře v případě nastalé krizové situace.
- pro rodinné příslušníky doporučujeme nácvik umělého dýchání z úst do úst.

Doporučení pro zdravotníky:

- znát zásady při užívání některých léků: Při průjmu nebo s bradykardií se léky užívají na lačno. Astmatici před nástupem účinku léků použijí inhalační léky (Atrovent, Berodual) k potlačení pocitu zhoršeného dýchání. Alergické reakce bývají výjimečné, jako reakce na brom, který je obsažen v Mestinonu. Pokud se průjmy dostaví, nepoužívat živočišné uhlí, které by na sebe navázalo lék, a tím by se snížila účinnost léků. Nadměrné dávky léků mohou též vyvolat průjmy, zvýšenou tvorbu slin, produkci hlenu s nemožností jej odkašlat. Hrozí cholinergní krize. Je nutné okamžitě informovat lékaře, který upraví dávkování léků. Kortikosteroidy – jejich dávka se postupně zvyšuje, podávají se po jídle, s přesným dávkováním. Nesmí se náhle vysadit ani zvýšit či snížit. Mohlo by dojít k prudkému zhoršení stavu,
- znát nežádoucí účinky léků, kterých bývá poměrně mnoho, ale pečlivým lékařským a laboratorním sledováním lze toto nebezpečí eliminovat a předcházet mu. Nejčastěji dochází ke tvorbě vředové choroby žaludku a dvanáctníku, osteoporóze, přibývání na váze, otoky v oblasti krku a hlavy, zvýšená krvácivost, cukrovka, snížení bílých krvinek a draslíku, zvýšení cholesterolu. Proto je nutné

- sledovat hodnoty krevního obrazu, podávat léky chránící žaludeční sliznici, zvyšující příjem draslíku a vápníku,
- při anxiozitě je možné podat tofisopam (Grandaxin) nebo minithixen (Chlorprothixen). Při časté doprovodné depresi je indikován maprotilin (Ludionil), dále tianeptin (Coaxil), fluoxetin (Deprex, Portral, prozac), či jiné preparáty SSRI. Kombinace s inhibitory MAO nebo tricyklickými antidepresivy nejsou vhodné. Při neklidu event. psychotických projevech je vhodný butyferon (Haloperidol). Veškerá tlumící psychofarmaka mohou zhoršit svalovou slabost v závislosti na typu a dávce, zejména benzodiazepiny, barbituráty a silnější neuroleptika. Nebezpečné jsou zejména jejich kombinace,
 - očkování je rizikovější zejména při aktivní imunizaci. V případě očekávané epidemie chřipky lze očkování v individuálním případě povolit. Očkování proti tetanu jen u rizikové populace,
 - hormonální antikoncepci lze používat s nízkým podílem estrogenů,
 - zhoršení MG po podání kontrastních látek je sice vzácné, ale může být těžké,
 - zvýšenou pozornost věnovat ústní hygieně. Snadno může dojít ke vzniku infekce kandidózou, které se projevuje infekčními koutky, nepříjemným pocitem v ústech, škrábáním v krku, tvorbou bělavých povlaků. Proto je nutné se vyhýbat sladkým potravinám, žvýkačkám, bonbónům. U žen dochází ke zvýšenému zánětu v oblasti zevních rodidel a močových cest,
 - je nutné dodržovat bílkovinou dietu s nízkým obsahem cholesterolu (maso, ryby, masné výrobky, mléko, mléčné výrobky, bílek, luštěniny, rostlinné oleje a máslo. Smažené pokrmy jsou nevhodné. Mít dostatek čerstvé zeleniny a ovoce, tmavý chléb a celozrnné pečivo. Omezit cukr, cukrářské výrobky, čokoládu, alkohol (PIŤHA, 2004),
 - k terapii MG neodmyslitelně patří režimová opatření, stanovení odpovídajícího pracovního zařazení, vyloučení negativních pracovních či rodinných vlivů apod. V případě nutnosti neváhat s nasazením antidepresiv (deprese se u MG vyskytuje velmi často) a kognitivní behaviorální terapií. Vyhýbat se lékům zhoršujícím nervosvalový přenos, konzultovat vliv přidružených onemocnění. Pokroky v léčebném přístupu se projevily i v problematice těhotenství a porodů, které v naprosté většině probíhají fyziologicky ve fázi klinické remise a bez následných komplikací (<http://medicabaze.cz>),
 - častá kontrola zdravotního stavu za hospitalizace, kdy se předpokládá zhoršení a následně snadná unavitelnost svalů při probíhajících zánětech. Není výjimkou spánková apnoe. Zvýšená pozornost je nutná hlavně v noci. Pacient není schopen zavolat ani stisknout zvonek k přivolání sestry. Ostatní pacienti spí a na pokoji je tma.

Ošetrovatelské postupy při myastenické krizi:

- kompenzační mechanismy-u nemocného jsou známky parciální respirační insuficience s kompenzační hyperventilací (hypoxemie a hyperkapnie), neúměrně stoupá dechová práce (kompenzační hyperventilace), zvyšují se celkové metabolické nároky organismu, zvyšuje se spotřeba kyslíku, až dojde k úplnému vyčerpání nemocného,
- pravidelná kontrola laboratorních vyšetření: protilátek, citlivosti, zvýšené hladiny leukocytů, transamináz, kreatininu, urey, vyšetření iontogramu, glykemie, krevního obrazu, hemokoagulace, hladiny lipidů. Znat hodnoty refrakčních mezí,

- ventilace – jsou-li kompenzační mechanismy vyčerpány, svalová slabost dýchacích svalů se prohlubuje. Je nutné zajištění dýchacích cest endotracheální intubací k udržení průchodnosti, prevenci aspirace, snížení dechové námahy, zabránění rozvoji metabolické acidózy a vyčerpání nemocného. Parametry ventilace se řídí dle vývoje klinického stavu,
- důležité je hemodynamické monitorování: EKG křivka – zaznamenání komplikací, bradykardie. Srdeční frekvence – arytmie a převodní poruchy mohou být příčinou i komplikací srdečního selhání. Mají nepříznivý hemodynamický dopad. Arteriální krevní tlak – invazivní sledování je standardní součástí péče o nemocné. Podávání vazoaktivních látek se řídí hodnotou systolického tlaku,
- výživa pacienta u myopatie – katabolismus postihuje přednostně kosterní svaly (paže, lýtkové svaly a stehenní sval). Odbouráváním bílkovin se zvýší při stresu, námaze na kyslíkový dluh, při nedostatečné analgosedaci. Výdej dusíku močí významně stoupne. Aktivní a pasivní rehabilitace sníží odbourávání bílkovin a atrofie jsou méně vyznačené. Indikací k enterální výživě je porucha žvýkání, polykání, následná umělá plicní ventilace (UPV). Přednosti enterální nutrice jsou fyziologický převod přes střevo, nižší procento vředových komplikací (krvácení, perforace), ochrana střevní mikroflóry (výživa stimuluje množení bakterií – proti průjmům, slizniční permeabilitu, podporuje slizniční imunitu) a další. Enterokolitida – může přerůst při antibiotické léčbě a při jejich změnách. Projevuje se úpornými průjmy s hlenem, nazelenalou barvou, někdy s krví. (hrozba perforace, peritonitidy),
- prevence imobilizačního syndromu – u nemocných v kritickém stavu dochází k úniku tekutiny a malých bílkovin do intersticiálního prostoru. Při selhání mikrocirkulace dochází snadněji ke známkám selhání kůže a ke vzniku dekubitů. Hlavními opatřeními při prevenci vzniku proleženin jsou pravidelná hygiena kůže, lehké masáže, suché vypnuté prádlo, používání antidekubitních pomůcek a matrací. Vhodné je použití moderních postupů v ošetrovatelské péči, jako je koncept basální stimulace.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Myasthenia gravis je onemocnění, které se může kdykoliv destabilizovat. Příčinami mohou být dosud nerozpoznané onemocnění přirozenou progresí, psychickým stavem, infekcí, podáním nevhodných léků. Projevuje se progresí celkové slabosti, zejména zhoršením artikulace, dysfagie. Oba tyto příznaky jsou varující! Dušnost, zpočátku vleže, v noci úzkost. Co dělat? Základem a hlavní prioritou v péči o myastenika je znát a umět kardiopulmonální resuscitaci. Především dýchání z plic do plic. Volat linku 155 a zajistit tak co nejrychlejší převoz na nejbližší ARO, JIP s ventilovanými lůžky v případě akutní respirační insuficience. Zhodnotit klinický stav (jakou má pacient sílu odkašlat, polykání, hodnota saturace).

Zklidnění pacienta pohovorem, napanikařit, podat léky Haliperidol, Tiapridal dle ordinace lékaře (CAVE barbituráty, benzodiazepiny). Aplikace kyslíku nejlépe „brýlemi“ než maskou. Ověřit si reakci na sympatomimetika podáním Syntostigminu 1 amp. Velmi zvolna intra venózně během 3- 5 minut. Je nutné mít po ruce Atropin v případě akutní hypercholinergní reakce (slinění, zahlenění, mydriáza). Zpravidla nemá zvýšení dávek inhibitoru cholinesterázy smysl (pokles rezervy funkčních receptorů). U více než 30 % myasteniků může vést podání vysokých dávek kortikoidů k vyústění do myastenické krize, zejména u stavů destabilizace (bulbární příznaky!).

V případě infektů nasadit antibiotika (cave riziková terapie), sledovat hodnoty minerálů, zejména kalia, vnitřního prostředí, bilanci tekutin, nutrici. V případě další progresse, známky respirační insuficience, úzkosti, desaturace, je nutná urychlená intubace, UPV, zahájení léčby, podání kortikoidů bez rizika, vysazení inhibitorů cholinesterázy, zajištění režimových opatření. Při dlouhodobém podávání kortikosteroidů je nutná kontrola hladiny draslíku v séru. Vzniku osteoporózy předcházíme podáváním vitamínu D a kalcia.

Při dysfagii kontrolovat příjem stravy, přizpůsobit ji s ohledem na zdravotní stav (mletá, kašovitá), aby nezůstávala v dutině ústní a nedošlo k následné aspiraci. Je třeba znát složení stravy. Kaloricky hodnotná strava není vhodná u silnějších pacientů ve vyšším věku, se sníženou pohyblivostí. Doporučuje se pravidelný příjem potravy v menších porcích, omezení přísunu uhlovodanů a živočišných tuků. Do jídelníčku je vhodné zařadit ovoce a zeleninu, sušené ovoce a ořechy, které obsahují draslík, drůbeží maso. Zajistit dostatečný příjem tekutin nejméně 3 litry denně. Pít vodu s obsahem minerálů obzvláště v létě. Vyvarovat se pití některých léčivých čajů, které obsahují močopudné a projímavé látky, jako je třezalka, kozlík lékařský, máta, meduňka, lopuch, čekanka, jalovec, libeček. Mohou zhoršit myastenii. Pamatovat na to, že vytékání potravy nosem je varovným signálem, svědčícím pro únavu a oslabení svalů a zvýšené možnosti výskytu komplikací nastupující krize.

ZÁVĚR

V léčebné strategii při onemocnění, jakým myastenie je, hraje velkou roli zodpovědnost nemocného k sobě sama. Nelze opomenout ani věk pacienta, ve kterém se u něj toto onemocnění projevilo. Mladší se dají vychovat k zodpovědnosti. U starších je problém v tom, že u nich se již vyskytuje mnoho dalších, přidružených chorob. Na myastenii lékaři nepomýšlejí. Zaměňují ji za jiné neurologické choroby. Občas jsou považováni i za simulanty, protože na nich není nic vidět, když jsou zrovna odpočinutí. Ke stanovení diagnózy dochází pak velmi pozdě.

Cílem bakalářské práce bylo podat orientační přehled o diagnostických metodách, léčebných možnostech, zvláštностech léčby. Popsat problémy, se kterými se pacienti potýkají. Podat přehled o rizikových faktorech, úskalích v ošetrovatelské péči. Přiblížit a rozšířit tak pohled na život pacientů s myastenii, informovat o život ohrožujících stavech, které mohou začínat velmi nevinně, kdyby člověk nevěděl.

Zadané cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.

BYDŽOVSKÝ, Jan, 2008. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Tritron. ISBN 978-80-7254-815-6.

DOBIÁŠ, Viliam, 2006. 2007. *Urgentní zdravotní péče*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-258-8.

DOENGES, M. E. a M. F. MOORHOUSE, 2001. *Kapesní průvodce zdravotní setry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8.

DOSTÁL, P. aj., 2005. *Základy umělé plicní ventilace*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-059-3.

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 1997. *Akutní stavy v první linii*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-238-7.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KÜBLER – ROSSOVÁ, Elisabeth, 2012. *Světlo na konci tunelu*. Brno: Nakladatelství JOTA. ISBN 978-80-7462-145-1.

LARSEN, Reinhard, 2004. *Anestezie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0476-5.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2005. *Úvod do ošetřovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0429-9.

NĚMCOVÁ, Jitka a Ivana MAURITZOVÁ, 2011. *Manuál k úpravě písemných prací*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-8-6.

NĚMCOVÁ, J. aj., 2012. *Příklady praktických aplikací témat z předmětů výzkum v ošetrovatelství, výzkum v porodní asistenci a seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-904955-5-5.

PÍŤHA, Jiří, 2004. *Myasthenia gravis Obávaná diagnóza?*. Praha: MAXDORF. ISBN 80-7345-027-5.

POKORNÝ, Jiří, 2003, 2005. *Lékařská první pomoc*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-214-5.

PFEIFFER, Jan, 2007. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1135-5.

SCHAFLER, Arne, 1993. *Vademecum lékaře*. Praha: Galén. ISBN 80-858-24086.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium v praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1777-8.

TRACHTOVÁ, E. aj., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO-NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

TYRLÍKOVÁ, I. – BAREŠ, M. et al. 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2008. 305 s. ISBN 978-80-7013-540-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2004. *Velký lékařský slovník*. Jesenius, Maxdorf. ISBN 80-7345-037-2.

Internetové zdroje

BURIANOVÁ, K., 1/2006. *Poruchy dýchání u neurologicky nemocných*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/01/16.pdf>

Kolektiv autorů, Neurologie 2003, Praha. Triton. Dostupné z: http://medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&tname=Myasthenia+gravis&termId=1396&h=myasthenia+gravis#jump

Dostupné z: http://www.wrongdiagnosis.com/l/lambert_eaton_myasthenic_syndrome/intro.htm

PÍŤHA, J., 5/2004, *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/05/10.pdf>

PÍŤHA, J., 2010,11 (2). *Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a terapii MG*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz.

PÍŤHA, J., 2010,11 (2). *Praktické zkušenosti s klinickou diagnostikou u myasthenia gravis*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/05.pdf>

ŠIMKOVÁ, L., 2003. Neurologie pro praxi. 1/2003. „XI. Vejvalkův myastenický den“ Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2003/01/13.pdf>

TROUTH, A. J., A. DABI, N. SOLIEMAN, M. KURUKUMBI a J. KALYANAM, 2012. Review Article. Myasthenia Gravis: A Review. Autoimmune Diseases. Volume 2012 (2012), Article ID 874680, 10 pages. doi:10.1155/2012/874680. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/ad/2012/874680/>

VOHÁŇKA, S., 2010, 11 (2). *Farmakoterapie myasthenia gravis*. Neurologie pro praxi. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/06.pdf>

Seznam literatury je zpracován dle normy ISO 690: 2

PŘÍLOHY

Příloha A – CT vyšetření	I
Příloha B – Thymom	II
Příloha C – Operativní odstranění brzlíku – thymektomie	III
Příloha D – Provokující vlivy, vedoucí k manifestaci, či zhoršení myasthenia gravis	IV
Příloha E – Barthelův test základních všedních činností (ADL, activiti daily living)	V
Příloha F – Stupnice pádů Morse	VI
Příloha G – Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové	VII
Příloha H – Hmotnostní index	IX
Příloha I – Sledování komplikací MG při spontánní dechové aktivitě	X
Příloha J – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce ..	XII

PŘÍLOHA A

CT vyšetření



Zdroj:http://www.wrongdiagnosis.com/l/lambert_eaton_myasthenic_syndrome/intro.htm

PŘÍLOHA B

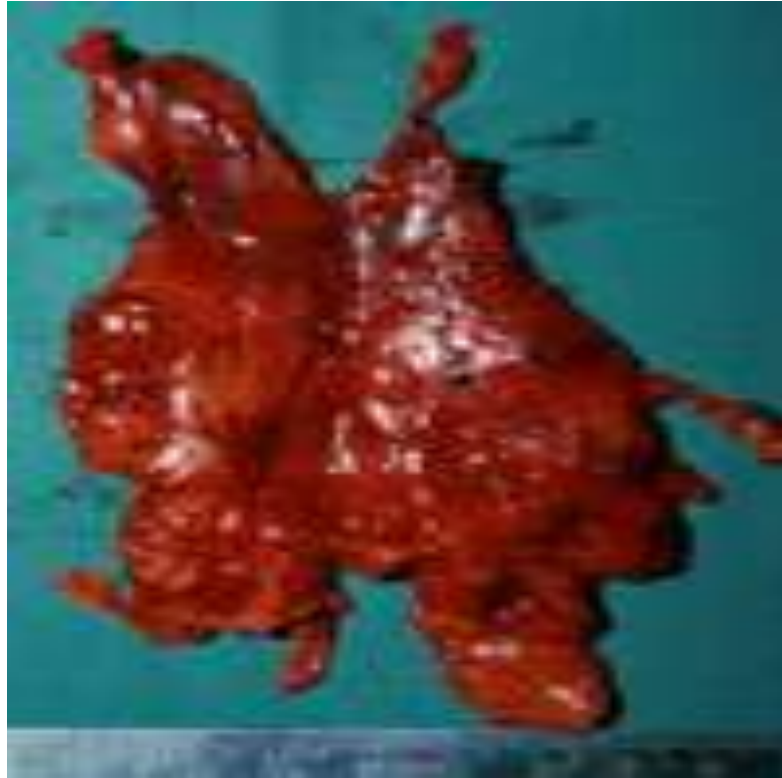
Thymom



Zdroj:http://www.wrongdiagnosis.com/l/lambert_eaton_myasthenic_syndrome/intro.htm

PŘÍLOHA C

Operativní odstranění brzlíku – thymektomie



Zdroj:http://www.wrongdiagnosis.com/l/lambert_eaton_myasthenic_syndrome/intro.htm

Příloha D

Provokující vlivy, vedoucí k manifestaci, či zhoršení myasthenia gravis

Chronický stres	40 %
Infekce (zejména respirační)	25 %
Fyzická zátěž.....	15 %
Operace	10 %
Náhlé nasazení či rychlé zvyšování dávek steroidů	33 %
Podání léků zhoršující nervosvalový přenos	11 – 15 %
Gravidita, poporodní období	33 % žen
Menstruace	20 % žen
Vysoká tělesná nebo okolní teplota	5 %
Neidentifikovatelné příčiny	30 %

Zdroj: www.neurologiepropraxi.cz

Příloha E

Barthelův test základních všedních činností (ADL – activiti daily living)

Činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napítí	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
2. oblékání samostatně	neprovede	0
	bez pomoci	10
	s pomocí	5
3. koupání	neprovede 0*	0
	samostatně nebo s pomocí	5
4. osobní hygiena	neprovede 0*	0
	samostatně nebo s pomocí	5
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

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

Odebráno dne: 2. 2. 2013

Pacient dosáhl 30 bodů = stupeň vysoké závislosti.

Příloha F

Stupnice pádů Morse

		Body	Pacient
1. pády v anamnéze	ne	0	0
nynější nebo v posledních 3 měsících	ano	25	25
2. vedlejší diagnóza	ne	0	
	ano	15	15
3. pomůcky k chůzi			
klid na lůžku/pomoc sestry		0	0
berle/hůl/chodítka		15	
nábytek		30	
4. i. v. vstup	ne	0	
	ano	20	20
5. chůze/pohyb			
normální/klid na lůžku/imobilní		0	0
slabá chůze		10	
zhoršená		20	
6. duševní stav			
vědom si svých možností		0	0
zapomíná na svá omezení		15	

Míry rizika

bez rizika

nízké riziko

vysoké riziko

Hodnocení

0 – 24

25 – 50

více jak 51

Opatření

běžná ošetrovatelská péče

SŘ 11/2010, čl. II odst. 2. 2.

SŘ 11/2010, čl. II odst. 2. 3.

25 bodů a více: postupuj dle SŘ č. 11/2010

Pacient dosáhl celkem: 60 = vysoké riziko pádu

Zdroj: Ošetrovatelské vyšetření, ÚVN – Praha: *Prevence pádů ve zdravotnictví*,
Cesta k dokonalosti a zvyšování kvality, Grada 2007, s. 79.

Příloha G

Riziko vzniku dekubitu dle stupnice Nortonové

Schopnost spolupráce:

úplná	4	
částečně omezená	3	
velmi omezená	2	2
žádná	1	

Věk:

do 10	4	
do 30	3	
do 60	2	
nad 60	1	1

Stav pokožky:

normal	4	
alergie	3	
vlhká	2	2
suchá	1	

Přidružené onemocnění:

žádné	4	
DM, TT	3	
Anémie, kachexie, trombóza, obezita	2	2
Karcinom	1	

Fyzický stav:

dobry	4	
zhoršený	3	3
špatný	2	
velmi špatný	1	

Stav vědomí:

bdělý	4	4
apatický	3	
zmatený	2	
bezvědomí	1	

Aktivita:

chodí	4	
s doprovodem	3	
sedáčka	2	
leží	1	1

Mobilita:

úplná	4	
částečně omezená	3	
velmi omezená	2	2
žádná	1	

Inkontinence:

není	4	4
občas	3	
převážně moč	2	
moč, stolice	1	

Pacient dosáhl celkem: 21 = riziko vzniku dekubitů

Méně než 25 bodů = riziko vzniku dekubitů

Příloha H

Hmotnostní index

Výpočet Body mass index (BMI):

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m) x výška (cm)}}$$

Rozpětí BMI:

20 – 25 = přiměřená hmotnost

25,1 – 30 = prostá nadváha

30,1 – 40 = střední nadváha

40,1 a více = těžká nadváha

Zdroj: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, TRACHTOVÁ, E. a kolektiv

Pacient má 31 bodů = střední nadváha

Příloha I

Návrh dokumentu

str. 1

Sledování komplikací MG při spontánní dechové aktivitě

MÍSTO
PRO NALEPENÍ
ŠTIKU
PACIENTA

PROJEVY	ČAS	DATUM																		
	MYASTENICKÁ KRIZE																			
vytěkání tekutin nosem	X																			
počítání do 20 – nesvede	X																			
dechová tíseň	X																			
bradykardie																				
CYTOLOGICKÁ KRIZE																				
zúžení zornic	X																			
výrazné zabláhnutí																				
KOMPLIKACE																				
dýchání obtížné	X																			
vrško – spadlé																				
vidění mlhavé																				
omezený pohyb jazyka	X																			
hlavu neudrží	X																			
OHK neudrží																				
sed - neudrží vzpřímený	X																			

X - při přítomnosti jakéhokoli příznaku informuj lékaře
(tupě uvedeno jako vzor vyplnění)

***** - před zahájením monitorizace zapíše datum, ukončenou dení monitorizaci odklepe svíslou čarou

****** - při každé monitorizační zapsíste hodinu provedení

Sledování komplikací MIG při spontánní dechové aktivitě

str. 2

PROJEVY	ČAS	DATUM																		
	(**)	(*)																		
NEZÁBORCI ÚČINKY LÉKŮ																				
zvýšená salivace	X																			
zvýšená bronchiální sekrece																				
slzení																				
průjem	X																			
svalová fascikulace	X																			
deprese																				
spánková apnoe																				
zvýšená spavost	X																			
zmatenost																				
JINÉ																				
projevy neklidu																				
výraz hrůzy	X																			
neschopnost pohybu	X																			
odkašlání hlenu nesvede																				
Další																				
.....																				
.....																				

X - při přítomnosti jakéhokoli příznaku informuji lékaře
(typi uvedeno jako vzor vyplnění)

*) - před zahájením monitorizace zapisuje datum; ukončenou denní monitorizaci oddělte svistou čarou
**) - při každé monitorizaci zapisuje hodinu provádění

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Bc. ANETA ŠTĚPÁNKOVÁ, Zdr	
Studijní obor	DIETETICKÉ STUDIUM	Ročník 3. ZS
Téma práce	VÝŽIVNÍ PRÁKTIKA A HYGIENA ŽIVNÍHO KVALITY	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	VETERINÁRNÍ KLINIKA A LF ÚZ v ÚVAV, VFN OAHM, PRAHA 6 - ŽITONICE	
Jméno vedoucího práce	TUDY IVOU JAROVÁ	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis

v PRAZE dne 30.3.2023

podpis studenta

Souhlasím s poskytnutím přímého
informačního feedbacku pacientů
s publikováním do sdz. dokumentace

4.3.23 Jut
Ústřední vojenská nemocnice -
Vojenská fakultní nemocnice Praha
náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
prof. MSc. Lenka GUTŮVÁ, MBA
Mgr. Lenka GUTŮVÁ, MBA
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6
-1-