

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA BAUDYŠOVÁ

Praha 2014

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

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA
S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU**

Bakalářská práce

MICHAELA BAUDYŠOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Veronika Krejčí

Praha 2014



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

Baudyšová Michaela
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce


Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou
příhodou

Comprehensive Nursing Care for Patients with Stroke

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Veronika Krejčí

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené informační zdroje.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 24.3.2013

.....

ABSTRAKT

BAUDYŠOVÁ, Michaela. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Veronika Krejčí. Praha. 2014. 63 s.

Tématem této bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část má tři kapitoly. První kapitola se zabývá cévní mozkovou příhodou. Druhá kapitola se zabývá ischemickou cévní mozkovou příhodou a třetí kapitola je věnována specifické ošetrovatelské péči u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Teoretická část je zpracovaná podle informací z odborné literatury, která se zabývá problematikou cévních mozkových příhod. Druhá část bakalářské práce je praktická část. Zde je popsán ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou.

Klíčová slova

Cévní mozková příhoda. Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelský proces. Pacient.

ABSTRACT

BAUDYŠOVÁ, Michaela. *Comprehensive Care for Patients with Stroke*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Veronika Krejčí. Prague. 2014. 63 pages.

The topic of my thesis is a comprehensive nursing care for patients with a stroke. The thesis is divided into two parts. The theoretical part has three chapters. The first chapter deals with a stroke. The second chapter deals with ischemic stroke and the third chapter is devoted to the specific nursing care of the patient with a stroke. The theoretical part is processed according to information from the scientific literature that deals with a stroke. The second part of the thesis is the practical part. This part is a description about the nursing process for patients with a stroke.

Key words

Nursing care. Nursing process. Patient. Stroke.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	13
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	14
1.1 DEFINICE A ROZDĚLENÍ CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD.....	14
1.2 EPIDEMIOLOGIE	14
1.3 ETIOLOGIE.....	15
1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	15
1.5 DIAGNOSTIKA	16
1.6 LÉČBA CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD	18
1.6.1 CELKOVÁ INTENZIVNÍ TERAPIE	19
1.6.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA	20
1.6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA	20
1.7 OMEZENÍ NEMOCNÉHO V SOUVISLOSTI S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	22
2 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....	25
2.1 ETIOPATOGENEZE MOZKOVÉ ISCHEMIE.....	25
2.1.1 SUBTYPY ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY	25
2.2 PŘÍČINY MOZKOVÉ ISCHEMIE.....	25
2.3 PROJEVY MOZKOVÉ ISCHEMIE.....	26

2.4 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÝCH CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD	26
2.5 KLASIFIKACE CEREBRÁLNÍCH ISCHEMIÍ DLE PRŮBĚHU	26
2.6 LÉČBA ISCHEMICKÝCH CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD.....	27
2.6.1 OBECNÁ LÉČBA.....	27
2.6.2 TROMBOLÝZA	27
2.6.2.1 CO JE ACTYLYSE A K ČEMU SE POUŽÍVÁ.....	27
2.6.2.2 KONTRAINDIKACE TROBOLÝZY.....	28
2.6.2.3 KOMPLIKACE TROBOLÝZY	28
2.6.3 LOKÁLNÍ INTRAARTERIÁLNÍ TROMBOLÝZA.....	29
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU	30
3.1 PŘÍJEM PACIENTA NA IKTOVOU JEDNOTKU A ROLE SESTRY	30
3.2 CÍL OŠETŘOVATELSKÉ NEUROLOGICKÉ PÉČE	31
3.4 POSUZOVACÍ ŠKÁLY V NEUROLOGICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	31
3.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU.....	32
3.6 EDUKACE PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ ...	32
3.7 REHABILITACE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	33
3.8 LOGOPEDIE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	33
3.9 DIETOTERAPIE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ	34
3.10 PREVENCE.....	34

3.10.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	34
3.10.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE.....	35
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	36
4.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI.....	36
4.2 ANAMNÉZA.....	38
4.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTKY.....	40
4.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT.....	51
4.5 SITUAČNÍ ANALÝZA.....	54
4.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	55
5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	72
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM LITERATURY.....	76
SEZNAM PŘÍLOH	

PŘEDMLUVA

V této bakalářské práci bych vás ráda seznámila s problematikou komplexní ošetrovatelské péče u pacientky s ischemickou cévní mozkovou příhodou (iCMP). Toto onemocnění je po celém světě spojeno s vysokou mortalitou a invaliditou. Tato práce vznikla ve snaze přiblížit studentům potřebu komplexní ošetrovatelské péče o nemocného s cévní mozkovou příhodou (CMP). Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že CMP postihuje čím dál více lidí. Dále bych chtěla poukázat, jak nesmírně důležitá je prevence a spolupráce nemocného v boji proti CMP.

Jedno latinské přísloví říká: *Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.* V dnešní uspěchané době někteří lidé nemají zájem o svůj zdravotní stav, dokud se jim něco nestane a nejsou hospitalizováni v nemocnicích. Bohužel i hospitalizace stále u některých lidí nevede k nápravě a změně životního stylu.

Výběr tématu byl ovlivněn praxí na Neurologické jednotce intenzivní péče v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala především z knižních a z internetových zdrojů.

Práce je určena studentům ošetrovatelství, kteří v ní mohou najít podněty pro své další studium a klinickou praxi. Vzhledem k omezenému rozsahu bakalářské práce, je tato práce hlavně o ischemické CMP a neurologickém ošetrovatelství.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce MUDr. Veronice Krejčí. Dále děkuji konzultantkám Mgr. Ovadové a Bc. Kulhavé za pedagogické usměrnění, podnětné připomínky, rady a podporu, která mi byla poskytnuta při vypracování bakalářské práce.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Terapie před hospitalizací.....	38
Tabulka 2 Gynekologická anamnéza.....	38
Tabulka 3 Popis fyzického stavu pacientky.....	40
Tabulka 4 Aktivity denního života	44
Posouzení psychického stavu.....	48
Posouzení sociálního stavu pacientky.....	50
Tabulka 5 Koagulační vyšetření	51
Tabulka 6 Krevní obraz	51
Tabulka 7 Biochemické vyšetření.....	52

SEZNAM ZKRATEK

ACM	arteria cerebri media
BMI	body mass index
CMP	cévní mozková příhoda
CT	výpočetní tomografie
EEG	elektroencefalografie
ECHO	echokardiografie
EKG	elektrokardiografie
GCS	Glasgow Coma Scale
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
ICH	intracerebrální hemoragie
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	magnetická rezonance
NGS	nasogastrická sonda
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
RIND	reversibilní ischemický neurologický deficit
SAK	subarachnoidální krvácení
SpO2	saturace krve kyslíkem
TEE	transesofageální echokardiografie
TEN	tromboembolická nemoc
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TTE	transtorakální echokardiografie

(VOKURKA, HUGO, 2011)

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Afázie - porucha tvorby a porozumění řeči. Je způsobena poruchou dominantní hemisféry (mozkové polokoule). Liší se od dysartrie při níž je stížená artikulace (výslovnost). Zatímco vlastní tvorba řeči je normální.

Agrafie - ztráta schopnosti psát při neporušené hybnosti ruky. Vzniká u poškození určitých částí mozkové kůry.

Akalkulie - ztráta schopnosti provádět jednoduché početní úkony, často kombinovaná s dalšími poruchami.

Aneurysma - výduť, rozšíření.

Angiografie - rentgenologické vyšetření cév pomocí vstříkované kontrastní látky.

Ataxie - porucha hybnosti způsobena onemocněním nervového systému, např. mozečku.

Dysartrie - porucha řeči, při níž je porušena výslovnost z nervových příčin.

Endarterektomie - chirurgický výkon užívaný k obnovení průchodnosti tepny postižené aterosklerózou.

Hydrocefalus - patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v centrálním nervovém systému. Na tomto zmnožení se podílí porucha tvorby moku, jeho vstřebávání či oběhu v mozku.

Neglect syndrom - soubor příznaků opomíjení, selektivní závada či porucha uvědomování si sensorických podnětů z poloviny tělového prostoru kontralaterálně k cerebrální lézi.

Shunt - spojení dvou sousedních cév (např. tepny a žíly), které vede ke zkrácenému (odkloněnému) toku krve.

Trombolýza - proces rozpouštění krevní sraženiny, trombu.

(VOKURKA, HUGO, 2011)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme si vybrali pacientku s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Toto onemocnění představuje pro zdravotníky, rodinu i společnost velkou zátěž. Téma CMP je stále více aktuální. V současné době je CMP druhou nejčastější příčinou úmrtí a nečastější příčinou invalidity u lidí v každém věku. *Česká republika patří mezi státy s vysokou mortalitou na CMP* (ŠEVČÍK et al., 2003, s. 275).

Většina lidí nemá vůbec pojem o primární prevenci a tomu bohužel odpovídá i jejich životní styl, který v tomto případě hraje velmi významnou roli. Nedostatečná znalost příznaků CMP a rizikových faktorů vzniku onemocnění významně snižuje možnosti účinné léčby. Nedostatek těchto znalostí je považován za jedno z největších rizik vzniku CMP. Cílem léčby CMP je zmírnit jak následky onemocnění, tak zabránit recidivě onemocnění. Důležitá je dlouhodobá rehabilitace a podpora rodiny postiženého.

Cílem bakalářské práce je zmapování medicínské a ošetrovatelské problematiky u pacientů s CMP. Na toto téma jsme se zaměřili, protože do jisté doby to byl stav, který vedl k jisté smrti a byl doprovázen jen pesimismem. Dnes je medicína natolik vyspělá, že tato nemoc nemusí mít vždy fatální následky. A díky specializované péči a rehabilitaci má nemocný větší šanci na přežití a znovu zařazení do společnosti. Cílem praktické části je navrhnout individuální ošetrovatelský plán u pacientky po CMP za využití ošetrovatelského procesu.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je jedna kapitola věnovaná onemocnění cévní mozkové příhody, jeho příčinám, příznakům, epidemiologii, diagnostice, léčbě. Druhá kapitola popisuje ischemickou cévní mozkovou příhodu a třetí kapitola popisuje komplexní péči u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Praktickou část tvoří ošetrovatelský proces u pacientky s ischemickou cévní mozkovou příhodou.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

1.1 DEFINICE A ROZDĚLENÍ CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou onemocnění cévního původu s rychle se rozvíjejícími ložiskovými, občas i celkovými příznaky poruchy mozkové funkce. Nejčastější příčinou je porucha prokrvení určité části mozku nebo celého mozku (ischemické cévní mozkové příhody - iCMP), méně časté krvácení do mozkové tkáně (intracerebrální hemoragie- ICH), nebo krvácení do subarachnoidálního prostoru (subarachnoidální krvácení - SAK) (BAUER, ČEŠKA, 2010, s. 159).

Ischemické CMP představují asi 80 % všech CMP. Hemoragické CMP se vyskytují asi v 15 %. Subarachnoidální krvácení je nejméně časté, vyskytuje se asi v 5 % (ŠEVČÍK et al., 2003).

1.2 EPIDEMIOLOGIE

CMP není ovlivněna věkem a ani pohlavím. Postihuje stále mladší ročníky a lidi v produktivním věku. Často končí smrtí, nebo invaliditou. V České republice s předpokládanou incidencí 300 příhod na 100 000 obyvatel, onemocní ročně okolo 30 000 osob. V současné době zaujímá druhé místo v celkové mortalitě. V České Republice je uváděno 17 000 úmrtí ročně. U ischemických mozkových příhod 1/3 nemocných umírá do jednoho roku a z těch, kteří přežijí, je polovina významně handicapovaná. U hemoragických mozkových příhod je úmrtnost ještě vyšší. Do 6 měsíců umírají 2/3 nemocných s intra cerebrálním krvácením. Do 3 měsíců 50 % nemocných s subarachnoidálním krvácením (BAUER, ČEŠKA, 2010, s. 159, 160).

Onemocnění často izoluje člověka od společnosti, ať už imobilitou, tak poruchou řeči, psychickým traumatem a ztrátou zájmu o své okolí. Celosvětově je CMP postiženo více jak 20 milionů osob ročně a 5,5 milionu lidí za rok na CMP zemře (BAUER, ČEŠKA, 2010, s. 159, 160).

1.3 ETIOLOGIE

Ischemické CMP vznikají následkem kritického poklesu prokrvení části, nebo celého mozku. Nejčastější příčinou bývá uzávěr přívodné mozkové tepny trombem, vyvíjející se na sklerotickém plátu cévní stěny, nebo embolem z krevních sraženin na sklerotických plátech cév a srdce. Proto všechny patologické stavy, nemoci a návyky, které urychlují rozvoj aterosklerózy, jsou rizikovými faktory pro vznik CMP. Hemoragická CMP obvykle vzniká rupturou cévní stěny. Nejčastější příčinou je vysoký krevní tlak, cévní malformace. Na vině mohou být i antikoagulační léky, poruchy koagulace, ale také užívání drog jako např. kokain, amfetamin, pseudoefedrin. Existují rizikové faktory, které zvyšují vznik mozkových příhod. Můžeme je dělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Každé onemocnění má svoje příčiny. Je jednodušší a výhodnější léčit příčiny než následky (KALVACH, 2005), (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

FAKTORY NEOVLIVNITELNÉ:

Pevně stanovené. Rasa - u černé rasy je větší riziko vzniku hemoragické CMP, než u bílé rasy. Pohlaví. Věk. **Nepřesně definované.** Typ osobnosti. Geografická poloha. Podnebí a počasí. Socioekonomické faktory (KALVACH, 2005).

FAKTORY OVLIVNITELNÉ:

Pevně stanovené. Hypertenze. Srdeční choroby. Nikotinismus. Nadměrné užívání alkoholu. Diabetes Mellitus. Abúzus některých drog. Infekční vaskulitidy. Krevní choroby. **Nepřesně definované.** Abnormální hladiny lipidů. Obezita. Sedavý způsob života. Hormonální poruchy. Migréna. Infekce. Hyperurikémie (KALVACH, 2005).

1.4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

Klinické příznaky bývají velmi rozmanité a vznikají náhle. Klinický obraz nelze popsat jednoduše. Je důležité, aby se při podezření na CMP pacient dostal na specializované pracoviště co nejrychleji. Ve většině případů se totiž jedná o velice závažný stav. Záleží na příčině, lokalizaci postižených cév, celkovém stavu pacienta (KALITA, 2006).

U pacientů s mozkovým infarktem vznikají příznaky podle toho, která tepna je postižená (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012, s. 127).

Klinické projevy CMP: Porucha hybnosti, citlivosti, vědomí, zraku, sluchu, poruchy vestibulární, mozečkové. Poruchy polykání, řeči, psaní, počítání (agrafie, akalkulie). Bolesti hlavy a to hlavně u krvácení. **Mezi objektivní projevy patří:** Stáčení hlavy a očí. Porucha řeči, porucha hybnosti, pokleslý koutek, víčko, pády, zvracení. Klonické křeče zpravidla fokální (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012), (ŠEVČÍK et al., 2003).

1.5 DIAGNOSTIKA

Základem diagnostiky CMP je podrobný rozbor anamnestických údajů o nemocném, urgentní laboratorní vyšetření a vyšetření pomocí zobrazovacích metod. Na základě subjektivních a objektivních příznaků onemocnění nelze říct, o jaký druh CMP se jedná. Vždy je nutné provést vyšetření za pomoci výpočetní tomografie, nebo magnetické rezonance. Obraz cévní mozkové příhody není vždy stejný. Závisí na místě a rozsahu postižení mozkové tkáně. Rozhodující je vždy čas (ŠEVČÍK et al., 2003).

Vyšetření ke stanovení cévních mozkových příhod při příjmu na specializované pracoviště - iktovou jednotku.

Anamnéza. Důležité je zjistit čas vzniku obtíží udávané nemocným, nebo tyto informace zjistit od rodiny. Tyto informace musí být přesné, v tuto chvíli hraje nesmírnou roli čas, protože trombolýza má limitovanou dobu použití. Dále je také důležité zaměřit se na rizikové faktory vzniku onemocnění (diabetes, hypertenze atd.) a kontraindikace trombolýzy (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

Neurologické vyšetření. Hodnotící škála pro lékaře zabývající se cerebrovaskulární problematikou je National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Toto standardizované neurologické vyšetření slouží k popsání neurologického deficitu u pacientů s CMP. Zásadním cílem NIHSS je, aby celkové hodnocení postiženého bylo stejné a výsledky byli tak srovnatelné po celém světě (viz příloha A). **Pravidla při hodnocení škály NIHSS.** Neurolog hodnotí vždy první odpověď pacienta a to, i když ji řekne špatně a opraví se. Pak se tato odpověď bere jako špatná. Neurolog nikdy pacientovi nepomáhá a neradí. Neurolog hodnotí jen to, co pacient v danou chvíli dokáže. Neurolog hodnotí v rámci NIHSS úroveň vědomí, slovní odpověď, vyhovění výzvám, okulomotoriku, zorné pole, faciální parézu, motoriku, ataxii končetin, sensitivitu, řeč, dysartrii, a neglect.

Fyziologické funkce. Krevní tlak (TK), pulz (P), dech (D), saturace krve kyslíkem (SpO₂), tělesná teplota (TT). Měření a sledování těchto fyziologických funkcí, by mělo být minimálně po dobu 72 hodin od vzniku neurologického postižení. Elektrokardiograf (EKG). Toto vyšetření se provádí u všech pacientů k vyloučení případné arytmie (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2005).

Fyzikální vyšetření. Auskultace plic a srdce. Náplň krčních žil. Vyšetření dolních končetin - otoky.

Laboratorní hodnoty. Biochemické vyšetření krve: Iontogram, glykemie, kardiální enzymy, jaterní testy, ledvinové parametry. **Hematologické vyšetření krve:** Protrombin time - protrombinový čas (**INR**), activated partial thromboplastin time - aktivovaný částečný tromboplastinový čas (**APTT**). Hodnoty INR a APTT jsou důležité v souvislosti s podáním systémové trombolýzy. Krevní obraz (**KO**) (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2005).

Zobrazovací metody v akutní fázi onemocnění pro rozlišení druhu CMP.

Výpočetní tomografie (CT). Neinvazivní vyšetřovací metoda. Principem tohoto vyšetření je ozářit vyšetřovaný orgán kolimovaným svazkem rtg. záření. Vyšetření CT rozdělí a zobrazí orgán na vrstvy. Někdy se pro lepší diagnostiku aplikuje kontrastní látka. Ta je ale pro mnoho lidí riziko, protože je s obsahem jódu. CT vyšetření je výhodné z hlediska času, financí a dostupnosti (SEIDL, OBENBERGER, 2004).

Magnetická rezonance (MR). Neinvazivní vyšetřovací metoda. U MR je výhodou zobrazení libovolného řezu rovin, absence rentgenového záření, lepší zobrazení měkkých tkání. Nesmí se však provádět u pacientů, kdy je podezření nebo přítomnost feromagnetického materiálu. U pacientů s kloubní náhradou, kardiostimulátorem a kochleárním implantátem. U CMP se u vyšetření MR zobrazí ischemie daleko dříve než u vyšetření CT. Čerstvé hemoragické CMP zobrazí jak CT, tak MR (SEIDL, OBENBERGER, 2004).

Ultrazvukové vyšetření magistrálních cév mozku a mozkových cév. Při vyšetření mozkových tepen se využívá ultrazvuk, který umožní zobrazit vyšetřovanou část těla a poskytne údaje o průtoku krve ve vyšetřovaných cévách (SEIDL, 2008).

Angiografie. Speciální rentgenové vyšetření krevních cév za pomoci kontrastní látky. Nejčastější místo pro zavedení katetru pro podání kontrastní látky je femorální

tepna. Za normálních okolností nejsou cévy na rentgenovém snímku vidět. Po podání kontrastní látky se provádí snímkování (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

V době hospitalizace k bližšímu určení etiologie CMP.

Echokardiografie (ECHO). Ultrazvukové vyšetření srdce, které se používá ve všech případech, kdy je potřeba zobrazit srdce v pohybu, ověřit jeho schopnost pumpovat krev, změřit jeho rozměry nebo ověřit stav chlopní. Toto vyšetření pátrá po zdroji možné embolizace (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

Elektroencefalografie (EEG). Pomocná vyšetřovací metoda, která zaznamenává bioelektrické mozkové potenciály, která provází funkční aktivitu mozku (SEIDL, 2008).

Rentgenové vyšetření (RTG) srdce a plic. Patří mezi základní vyšetřovací metody. Za účelem zhodnocení stavu hrudníku: k vyloučení onemocnění plic, nádorů plic, zánětů plic, dále velikost srdce a stav plicního krevního oběhu. Rentgenové vyšetření musí být vždy cílené. Využívá rentgenového záření, které zobrazí duté orgány a cévy. Dlouhodobé působení záření na organismus vyvolává spoustu komplikací (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

Lumbální punkce. Laboratorní vyšetření mozkomíšního moku (likvoru) je důležité nejen u zánětů mozku a míchy. Diferenciálně diagnostický význam má i u řady jiných neurologických chorob. Vyšetření může být indikováno u závažného podezření na subarachnoidální krvácení, kdy nález na CT byl negativní (SEIDL, 2008).

1.6 LÉČBA CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

CMP řadíme mezi urgentní stav, který si vyžaduje včasnou hospitalizaci a léčbu. Důležitá je rychlost v přednemocniční a nemocniční péči. Transport postiženého by měl směřovat na specializované pracoviště, které je plně vybaveno a připraveno k léčbě CMP (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

V České Republice rozlišujeme tři stupně péče:

- **Nejvyšší stupeň péče - Komplexní cerebrovaskulární centrum.**
- **Nižší stupeň - Iktové centrum.**
- **Základní stupeň - Ostatní cerebrovaskulární péče (viz příloha B).**

Přednemocniční péče. V přednemocniční péči nelze zahájit cílenou léčbu. V tomto období není možno stanovit rozsah a lokalizaci postižení popřípadě druh CMP. V přednemocniční péči se sledují a zajišťují vitální funkce, oxygenoterapie, zajištění žilního vstupu, EKG, transport na specializované pracoviště- iktové centrum, které je dispečinkem avízované. Lékař nebo záchranář udělá základní vyšetření pro stanovení CMP. Sepíše všechny subjektivní a objektivní obtíže nemocného. Lékař na místě zjistí anamnestické data od nemocného nebo od rodiny. Musí zjistit možné alergie, farmakoterapii, antikoagulační léčbu, operace v posledních 3 měsících atd. **Nemocniční péče.** Bezprostředně po příjmu na specializované pracoviště je pacient odvezen na CT pro časnou diagnostiku a stanovení druhu CMP. Po vyšetření CT, někdy i MR se stanoví definitivní diagnóza a pacient je odvezen na oddělení, kde se stanoví a zahájí i po dalších vyšetřeních definitivní léčba (KALINA, 2008).

Cíle léčby u cévních mozkových příhod.

Celková intenzivní léčba. Cílem je stabilizace vitálně důležitých funkcí. Hlavně jde o podporu kardiovaskulární a respirační, léčba hyperpyrexie, hyperglykemie, léčba tlaku, kontrola nutrice, prevenci tromboembolické nemoci (TEN), prevence dekubitů, podpora a cvičení s logopedem, léčba deprese a její předcházení. **Rekanalizační léčba.** Cílem je obnovení průtoku krve postiženou cévou (trombem nebo embolem) v mozku. **Léčba a prevence sekundárního poškození mozku.** Cílem je zpomalit rozvoj a potlačit progresi ischemického poškození mozku **Časná preventivní léčba.** Cílem je snížit riziko recidivy CMP (BAUER, 2009), (KALINA, 2000).

1.6.1 CELKOVÁ INTENZIVNÍ TERAPIE

Celková intenzivní terapie je základem léčby u závažnějších typů CMP. Intenzivní péči lze provádět pouze na jednotkách intenzivní péče, kde můžeme sledovat na monitoru kontinuálně fyziologické funkce nemocného. Nutné je zajištění podpory kardiovaskulárního a respiračního aparátu, měření krevního tlaku, oxygenoterapie. Sledování naměřených krevních hodnot a měření teploty. **Role sestry v intenzivním ošetřování.** Intenzivní ošetřování zdravotní sestrou spočívá v péči o pokožku - prevence dekubitů, zvýšená péče o dutinu ústní, oči, hygiena dýchacích cest, výživu, sfinkterové funkce, celkové sledování pacienta, kontrola vědomí, upozornění na změny stavu.

Nedílnou součástí je i intenzivní soustavná rehabilitace, psychoterapie, ergoterapie, logopedie (AMBLER, 2002), (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.6.2 FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

V současné době existují a jsou k dispozici spousta účinných a bezpečných látek určených k léčbě CMP. Většinu z nich je ale možno použít pouze během velmi omezeného časového intervalu po rozvoji CMP (KALINA, 2008).

Antitrombotická terapie:

- **Antiagregační léčba.** Cílem je ovlivnit tvorbu a následnou embolizaci trombu na aterosklerotickém plátu a ovlivnit agregaci trombocytů (Aspirin, clopidogrel).
- **Antikoagulační léčba.** Cílem je prevence trombóz (Warfarin, heparin, nová antikoagulancia např. dabigatran (pradaxa).
- **Trombolytická léčba.** Cílem je rozpustit vzniklý tromb pomocí alteplázy. Tu lze provést jako celkovou (intravenózní), nebo lokální (intraarteriálně). Rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu(rt - PA, altepláza, Actilyse).

Hemoreologická terapie. Cílem je zlepšit tokové vlastnosti krve a mozkovou mikrocirkulaci. **Antiedematózní terapie.** Cílem je zabránit rozvoji mozkového edému. Základem je drenážní poloha, analgosedace, osmoterapie (Manitol, hypertonické solné roztoky). **Léčba symptomů cévní mozkové příhody.** Cílem je zmírnit subjektivní obtíže způsobené onemocněním (analgetika, antiemetika, antipyretika atd.) (BAUER, 2009), (KALINA, 2000).

1.6.3 CHIRURGICKÁ LÉČBA

Chirurgická léčba je cílena zaprvé na odstranění příčiny CMP, zadruhé pak na ovlivnění nitrolební hypertenze. Chirurgické výkony mohou být urgentní, většina výkonů je však plánovaných (KALVACH, 2005, s. 85).

Chirurgické řešení stenotického postižení magistralních cév mozku:

- Endarterektomie.
- EC-IC bypass.

Výkony se provádí časně či odloženě. Alternativou jsou endovaskulární výkony, kdy se za pomoci katetrizační techniky vloží stent a nebo pomocí balonku se dilatuje lumen cévy a event. se vkládá stent.

Chirurgické řešení cévní anomálie (aneurysma, arteriovenózní malformace) intrakraniálně:

Alternativou je výkon endovaskulární či gama nůž, popř. kombinace těchto metod.

Chirurgické řešení nitrolební hypertenze:

- **Evakuace hematomu.**

Atypické hematomy dobře přístupné s velikostí takovou, že sami osobě významně zvyšují intrakraniální tlak- absolutně indikované jsou hematomy v mozečkové hemisféře.

- **Evakuace rozsáhlé mozečkové ischemie.**
- **Dekompresní kranioektomie.**

Při jednostranném rozsáhlém ischemickém poškození mozku

- **Drenáž při hydrocefalu.**

Hydrocefalus je onemocnění, při kterém dochází k nahromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách. Mozkové komory se rozšiřují a utlačují okolní mozkovou tkáň. Dochází ke zvýšení nitrolebního tlaku, který se klinicky projeví bolestmi hlavy, nevolností, zvracením, ospalostí, změnou psychiky, zpomalením psychomotorického tempa, poruchou zraku - dvojité či rozmazané vidění (KALVACH, 2010), (BENEŠ, 2003).

Akutně:

- **Komorová drenáž.**

Příčinou hydrocefalu je obstrukce mokových cest u CMP nejčastěji krevním koagulem, či otokem okolní mozkové tkáně.

- **Lumbální drenáž.**

Příčinou hydrocefalu je zhoršená resorpční schopnost, kdy je porušena funkce míst, kde se mok vstřebává. U CMP nejčastěji po proběhlém krvácení.

Dlouhodobě:

- **Implantace ventrikulo - peritoneálního/ventrikulo - atriálního shuntu.**

Do mozkové komory vysoko na čele, nebo v oblasti temeno - týlní je zaveden katetr, který je napojen v podkoží na kapsli za uchem, což je ventil propouštějící mozkomíšní mok pod určitým tlakem, z druhé strany je na ventil napojen katétr, který buď vede pod kůží a končí v malé pánvi - ventrikuloperitoneální shunt, nebo je zaveden přes žílu v krční oblasti a končí v srdeční síni - ventrikuloatriální shunt (KALITA, 2006), (KALVACH, 2010).

1.7 OMEZENÍ NEMOCNÉHO V SOUVISLOSTI S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

V životě každého člověka může dojít kdykoliv k vážnému poškození zdraví. V období nemoci dochází ke spoustě změnám. Jedná se především o změny biologické, ale i změny, kdy se mění naše sociální role. Tato skutečnost může být pro nemocného velmi nepříjemná, protože z mladého nezávislého člověka se může stát nemocný s 24 hodinovou intenzivní péčí. Co člověk, to jiná reakce na vzniklé onemocnění. Reakce nemocného nejsou vždy stejné. Nemocný prochází fázemi: **Šok**. Dělí se na dva typy - agresivní reakce, nebo totální pasivita. Toto období je velmi náročné jak pro nemocného, tak pro rodinu i personál. **Deprese**. Tento stav mnohdy brání v celkové péči o nemocného. Nemocný je smutný a nespolupracuje. Odmítá pomoc od rodiny i personálu. **Popření reality**. Nemocný si nemoc nepřipouští, může dojít k totální izolaci. Bagatelizuje své onemocnění. **Regrese**. Nemocný se někdy sám staví do role malého dítěte. **Smlouvání**. Nemocný se začíná se vzniklým postižením seznamovat, tehdy začne intenzivně spolupracovat s personálem a rodinou. **Přijetí reality**. Nemocný se ztotožnil se svým vzniklým stavem a pokouší se vrátit zpět do běžného života aktivním i pasivním cvičením, spolupráce s logopedem a ergoterapeutem (ZACHAROVÁ et al., 2007), (VOTAVA et al., 2003).

Následky onemocnění CMP jsou různé. Záleží na místě vzniku, rozsahu a účinnosti léčby. *Nemocný po cévní mozkové příhodě nemusí být jen postižen motorickou, nebo jinou poruchou symbolických funkcí, ale také jinými následnými stavy, které ovlivňují život nemocného, jeho prognózu a kvalitu jeho života* (KALITA, 2006, s. 516).

Po CMP se mohou dostavit tyto obtíže, které se mohou kombinovat:

- **Ztráta normálních kontrolovaných pohybů.** Při ztrátě normálního svalového tonu na postižené straně těla, nemůže člověk provádět kontrolované pohyby.
- **Wernicke - Mannovo držení těla.** Podle typického spastického vzorce vypadá člověk: nemocný má rameno taženo k vnitřní straně těla směrem dozadu a dolů, paže nemocného je otočena dovnitř. Loket nemocného se převážně drží ve flekční poloze. Ruka nemocného je sevřená v pěst a jeho dlaň směřuje směrem k zemi. Pánev nemocného je tažena vzad a celá noha nemocného je vytočena do vnitřní strany. Kyčel, koleno a kotník nemocného mají omezenou hybnost. Chodidlo nemocného bývá ztuhlé a směřuje dolů, otočené dovnitř. Trup je deviován laterálně (LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, 2005).
- **Paréza.** Monoparéza je postižení jedné končetiny. Hemiparéza je částečné ochrnutí jedné poloviny těla. Paraparéza je ochrnutí dolních končetin, které je částečné. Kvadruparéza je částečné postižení všech čtyř končetin.
- **Plegie.** Monoplegie je postižení jedné končetiny. Hemiplegie je úplné ochrnutí jedné poloviny těla. Paraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin. Kvadruplegie je ochrnutí všech končetin. V některých případech dochází k motorické ztrátě svalů postižené strany obličeje, která se nazývá faciální paréza. Nemocný má problémy se zavíráním očí, úst. Poruchu polykání, zamračený výraz (LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, 2005).
- **Problémy s chrápáním, spánková apnoe.**
- **Inkontinence moči i stolice.**
- **Psychologické a emocionální problémy.** Stav po CMP je velmi psychicky náročný a u většiny nemocných dochází k těžkým depresím, které se musí začít včas léčit. Nemocný nechce rehabilitovat, nespolupracuje. Odmítá pomoc od personálu, rodiny. Často dochází až k agresivitě a zmatenosti, kdy nejlepší řešení je sedace a kurtování nemocného k lůžku.
- **Sociální následky.** Po každé CMP může dojít k sociální izolaci nemocného, ztráta zaměstnání z důvodu paréz, dysartrie, atd. (KALITA, 2006).
- **Komunikační problémy.** Po CMP rozlišujeme dva typy komunikačních problémů a to afázii a dysartrii. Dysartrie je špatná výslovnost, zatím co afázie

je zhoršená vyjadřovací schopnost, či omezení schopnosti porozumět. Při motorické afázii nemocný po CMP rozumí tomu, co mu říkáme, ale on sám hovořit nemůže (porucha plynulosti řeči, agramatismus, parafráze). Pokud nemocný po CMP nerozumí psané a mluvené komunikaci, jde o afázii sensorickou (slovní salát, přesmyky). Afázie může být ale i smíšená. Někteří nemocní i přes veškerou snahu logopedů ani mluvit nezačnou (SEIDL, 2008).

- **Demence.** Po CMP může někdy dojít ke vzniku demence, záleží na postižení mozku, zahájení včasné adekvátní terapie a celkovém stavu nemocného.
- **Epilepsie.** Epileptické záchvaty po CMP označujeme jako parciální nebo sekundárně generalizované. Mohou vznikat u všech typů CMP. Řeší se antiepileptiky a kontrolou EEG (SEIDL, 2008).

2 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

2.1 ETIOPATOGENEZE MOZKOVÉ ISCHEMIE

Ischemické cévní mozkové příhody vznikají na podkladě snížené mozkové perfúze. Důležité je, že klinická diferenciatně diagnostická kritéria jsou velmi ošidná a bez CT je diagnóza akutní ložiskové cerebrální symptomatologie vždy nejistá (KALINA, 2000, s. 84).

iCMP se projevuje nejčastěji postižením hybnosti různých částí těla. Při včasné a správné léčbě na iktové jednotce je možnost úplné úpravy neurologických potíží. Ischemická cévní mozková příhoda je nejčastějším typem CMP (KALVACH, 2010).

2.1.1 SUBTYPY ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

Podle zjištěné příčiny dělíme iCMP na jednotlivé subtypy. To je klíčové zejména pro léčbu v akutní fázi CMP ale i v rámci sekundární prevence, kdy se snažíme zabránit recidivě CMP eliminací rizikových faktorů (KALITA, 2006).

Kalita (2006) rozlišuje 4 subtypy iCMP:

- Aterotrombotický (30 - 40% iCMP).
- Kardioembolický (30% iCMP).
- Lakunární (25% iCMP).
- Ostatní - Vyskytuje se v 5 % ischemické CMP.

2.2 PŘÍČINY MOZKOVÉ ISCHEMIE

Příčiny mohou být jednak lokální a jednak celkové. Mezi lokálními a celkovými příčinami není však ostrá hranice. **Lokální** způsobují ischemii v povodí postižené cévy. **Celkové** se projevují v hraničních oblastech jednotlivých povodí, kde je cévní zásobení mozku menší (ŠEVČÍK et al., 2003).

2.3 PROJEVY MOZKOVÉ ISCHEMIE

Mozková perfúze by se měla za normálních podmínek pohybovat v rozmezí 50 - 60 ml/100 g mozkové tkáně/ min. Při poklesu mozkové perfúze je stav z počátku kompenzován vazodilatací arteriol a zvýšenou extrakcí kyslíku v krvi. Při poklesu nad 20 ml/100 g mozkové tkáně není neuronální funkce významně ovlivněna. Když poklesne krevní průtok pod 20 ml, tak kompenzační mechanismy jsou již nedostatečné. Mozková perfúze již nestačí zajistit energetický přísun k neuronům a tím dochází k hypoxii mozkové tkáně. Tento stav je reverzibilní a po zlepšení perfúze ustávají obtíže postiženého. Při poklesu mozkové perfúze pod 10 ml/100 g mozkové tkáně, dochází k ireverzibilnímu poškození mozku (NEVŠÍMALOVÁ et al., 2002).

2.4 KLINICKÝ OBRAZ ISCHEMICKÝCH CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Ischemické cévní mozkové příhody vznikají náhle. Jejich klinický obraz bývá různý, záleží na lokalizaci mozkové hypoxie, rozsahu, rychlosti vzniku a na celkovém stavu nemocného. Z příznaků CMP nelze jednoznačně říci, o jaký typ CMP se jedná. Vždy rozhodují zobrazovací vyšetření CT, MR (KALINA, 2008).

2.5 KLASIFIKACE CEREBRÁLNÍCH ISCHEMIÍ DLE PRŮBĚHU

Mozkové ischemie vznikají jako důsledek poruchy prokrvení určité oblasti mozku, nebo celého mozku s jeho následnou hypoxií (ŠEVČÍK et al., 2003, s. 276).

Z hlediska času:

- **TRANZITORTÍ ISCHEMICKÁ ATAKA (TIA).**
- **REVERZIBILNÍ ISCHEMICKÝ NEUROLOGICKÝ DEFICIT (RIND).**
- **DOKONČENENÁ MOZKOVÁ PŘÍHODA.**

TIA je často označena termínem mini - mrtvice, nebo varování mrtvice. Neurologické postižení se upraví do 24 hodin. Nejčastěji trvají minuty až desítky minut. Při vyšetření CT není žádný nález. Nejčastější příčinou mozkové ischemie je ateroskleróza s postižením krčních a méně často intrakraniálních tepen. Embolizace

z kardiálního nebo jiného zdroje. Mikroangiopatie postihující perforující arterioly. RIND se dle Kality (2006) se upraví do týdne. Dle Amblera et al., (2004) se neurologické postižení upraví do 21 dnů. Při dokončené CMP dochází k trvalému poškození mozku (SAIDL, 2008). Deficit je trvalý na rozdíl od TIA a RIND se klinický obraz sám nikdy neupraví. Vždy je nález na CT a ostatních zobrazovacích metodách.

2.6 LÉČBA ISCHEMICKÝCH CÉVNÍCH MOZKOVÝCH PŘÍHOD

Léčba pacientů s iCMP by měla probíhat v iktových centrech t.j. na místech, která jsou personálně a technicky zařízena pro tento typ pacientů a především tam kde je povolena intravenózní trombolýza (KALITA, 2006).

2.6.1 OBECNÁ LÉČBA

Základem je monitorace životně důležitých funkcí. Při příjmu se zajišťuje funkce plic a její ochrana. Kardiovaskulární systém. Léčba krevního tlaku a to nejen hypertenze, ale i hypotenze, kdy se hodnoty TK dostávají až do neměřitelných vysokých i nízkých hodnot. V případě neměřitelných vysokých hodnot TK je žádoucí snížit tlak pro další léčbu minimálně na hodnoty okolo 180/110 mm Hg. Dále se sleduje tělesná teplota a hladiny glukózy v krvi. **Specifická léčba.** Tento druh léčby se soustředí na iktová centra, která jsou dostatečně vybavena z hlediska personálního, materiálního, CT, MR, SONO a dostupná laboratoř (HERZIG, 2008).

2.6.2 TROMBOLÝZA

Léčebná metoda vedoucí k rekanalizaci mozkové tepny za účelem obnovení dodávky kyslíku a výživy v době před vytvořením definitivní nekrózy a to farmakologicky (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012).

2.6.2.1 CO JE ACTYLYSE A K ČEMU SE POUŽÍVÁ

Léčivou látkou přípravku Actilyse je alteplasa. Alteplasa patří do skupiny léků, které se nazývají trombolytika. Tyto léky svým účinkem rozpouští krevní sraženiny, které vznikly v krevních cévách. Actilyse se používá k léčbě řady stavů, které jsou

způsobeny vznikem krevní sraženiny uvnitř krevních cév, včetně: srdečních příhod, způsobených krevními sraženinami v tepnách srdce (infarkt myokardu), krevních sraženin v tepnách plic (plicní embolie), cévních mozkových příhod způsobených krevní sraženinou v tepně mozku (akutní iCMP). Lék rt - PA (Actilyse) byl schválen Českou Republikou od roku 2003 a po celé ČR doporučenou terapií. *Dávkování je 0,9 mg/kg, kdy 10 % dávky je podané jako intravenózní bolus a zbytek formou 60 min. infuze* (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012, s. 135).

Trombolýzu lze podat u nemocných s významným neurologickým deficitem systémově do 4,5 hodin od vzniku akutního mozkového infarktu a při splnění všech kritérií pro podání trombolýzy (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012), (AULICKÝ, MIKULÍK 2009).

2.6.2.2 KONTRAINDIKACE TROMBOLÝZY

Trombolýzu nelze podat pokud: postižený prodělal cévní mozkovou příhodu v posledních 3 měsících. Pokud je v anamnéze intrakraniální krvácení. Systolický tlak je nad 185 mm Hg. Diastolický tlak je nad 110 mm Hg. Glykemie je pod 2,7 mmol/l nebo nad 22,2 mmol/l. Pokud jsou na CT známky krvácení. Pokud byl větší chirurgický výkon v posledních 3 měsících. Pokud nemocný krvácel během posledních 3 týdnů do gastrointestinálního traktu. Pokud jsou příznaky subarachnoidálního krvácení. Pokud je počet trombocytů pod 100 000/ μ l, po hemoragické retinopatii, u těhotné nebo kojící ženy, kdy byl porod v posledních 10 dnech, při těžkém jaterním selhání s těžkou koagulopatií, při nádorovém onemocnění, kdy hrozí riziko krvácení, při bezvědomí s GSC - < 7, při INR nad 1,7 (AULICKÝ, MIKULÍK, 2009).

2.6.2.3 KOMPLIKACE TROMBOLÝZY

U pacientů, kde byla indikovaná trombolýza, je nutné pátrat po známkách krvácení. A to jak během probíhající trombolýzy, tak i po jejím ukončení. Zejména z dásní, v místě vpichu, gastrointestinálního traktu, urogenitálního traktu. Vzácně nevolnost, zvracení, třesavka, vzestup teploty, kopřivka, bolesti hlavy, křeče, zmatenost. Léčba těchto komplikací je symptomatická. *Riziko symptomatických krvácivých komplikací po trombolýze je 3 - 6 %* (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ, 2012, s. 135).

2.6.3 LOKÁLNÍ ANTRAARTERIÁLNÍ TROMBOLÝZA

Lokální intraarteriální trombolýza je invazivní léčebná metoda používaná k rozpuštění akutního uzávěru přes katétr přímo do trombu. *Většinou je používána dávka do 20 mg rt - PA, která je podaná jako infuze katétre zavedeným přímo do trombu* (TYRLÍKOVÁ, BAREŠ 2012, s. 135). Tato metoda je určena pro vybrané pacienty zejména při postižení velkých cév.

Mechanická rekanalizace. Existují mnoho mechanických extraktorů k odstranění trombu z mozkové cirkulace (Merci katétr a Penumbra). Merci katétr je speciální spirála, kterou lze zachytit a následně extrahovat trombus z mozkové tepny. Penumbra je katétr, kterým je sraženina odsáta z intrakraniální cirkulace. Jedná se o metody vhodné k odstranění trombů zejména z velkých tepen. Léčbu lze aplikovat v časovém okně do 8 hodin od začátku příznaků (AULICKÝ, MIKULÍK, 2009).

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

3.1 PŘÍJEM PACIENTA NA IKTOVOU JEDNOTKU A ROLE SESTRY

Při příjmu pacienta na iktovou jednotku musí sestra znát dokonale jednotku intenzivní péče (JIP). Její přístrojové vybavení, základní léky v neurologii, vyšetřovací metody, laboratorní hodnoty, průběh a klinický obraz onemocnění.

Postup při příjmu na neurologický JIP. Při příjmu sestra napojí nemocného na monitor pro kontinuální sledování vitálních funkcí. Před systémovou trombolýzou zajistí pokud možno dva periferní žilní vstupy, vzhledem k potenciálním krvácivým komplikacím spojených s kanylací centrálního žilního řečiště. Odebere biologický materiál - krev (KO, INR, APTT, biochemie), zhotoví EKG záznam. Důležitá je elevace horní poloviny těla minimálně 30 °, prevence TEN pomocí bandáží. Dále sestra musí zavést téměř vždy permanentní močový katetr (PMK) a nasogastrickou sondu (NGS). Po podání trombolýzy již tyto úkony nelze udělat a to v řádu 24 hodin pro riziko vzniku krvácivých komplikací.

Vyšetření pacienta sestrou. Zahrnuje sběr dat, která jsou potřebná při stanovení sesterských diagnóz. Je součástí všech činností, které sestra provádí pro pacienta nebo s pacientem. Vyžaduje systematické pozorování a účinnou komunikaci se zúčastněnými. Cílem posuzování je sběr subjektivních a objektivních informací o pacientovi a vytvoření databáze o jeho zdravotních problémech zaměřených na poskytování ošetrovatelské péče. **Vyšetření pacienta musí být cílené a musí se dodržovat následující postup.** Sesterská anamnéza. Fyzikální vyšetření. Pracovní diagnóza, diferenciální diagnóza, návrh ošetrovatelského postupu. Navržení potřebných vyšetření. Stanovení konečné diagnózy. Určení léčebných ošetrovatelských postupů (KAŠČÁK, 2006).

Ošetrovatelská anamnéza zahrnuje. Identifikační údaje, a to jméno pacienta, datum narození, pojištění, bydliště. Hlavní zdravotní problém a důvod vyhledání lékařské pomoci. Nynější onemocnění, potíže, časový sled, trvání a okolnosti vzniku

problému. Sestra sleduje výskyt příznaků, které doprovázejí neurologickou diagnózu. Anamnéza předchozích chorob. Zahrnuje již překonaná neurologická onemocnění, psychické změny, poruchy paměti, úrazy au žen porod a komplikace s tím související. Rodinná anamnéza. Obsahuje sběr dat o dědičných onemocněních, nervosvalových poškozeních a poruchách v rodině, výskyt CMP a rizikových faktorech. Životní styl zahrnuje stravovací návyky, běžné denní aktivity, spánek a jeho kvalitu. Sociální údaje obsahují vzdělání, zaměstnání, sociální interakce a rizikové faktory prostředí. Sestra pátrá po vlivech pracovního prostředí, které mohou souviset s onemocněním. Jsou to chemické látky, nadměrný hluk, vysoká teplota, infekční agens a jiné. Psychologické údaje zahrnují stres, jeho zvládnání, sebepojetí a náladu. Spirituální anamnéza obsahuje vyznání, náboženské praktiky a zvyklosti (SLEZÁKOVÁ, 2006).

3.2 CÍL OŠETŘOVATELSKÉ NEUROLOGICKÉ PÉČE

Cílem je poskytovat ošetrovatelskou péči neurologickým pacientům. Pomáhat pacientům vykonávat jejich denní činnosti, které přispívají k udržení zdraví nemocného. Popřípadě zajistit důstojné umírání. Sestra má pomáhat neurologickým pacientům, aby co nejdříve získali soběstačnost a navrátili se zpět do společnosti. **Úloha sestry v péči o neurologického pacienta.** Sestra uspokojuje bio - psycho - sociální potřeby nemocného pomocí ošetrovatelského procesu. Snaží se aktivně zapojit nemocného do péče o jeho zdraví včetně jeho rodiny. Po dobu hospitalizace sleduje celkový stav pacienta a vede dokumentaci. Pro zlepšení péče o nemocného využívá hodnotící škály (TYRLIKOVÁ, BAREŠ, 2012), (SLEZÁKOVÁ, 2006).

3.4 POSUZOVACÍ ŠKÁLY V NEUROLOGICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

V současné ošetrovatelské neurologické praxi se používají rozdílné hodnotící a posuzovací škály. Informace z těchto hodnotících škál zlepšují kvalitu individuální péče o nemocného, dokumentují její úroveň a objektivizují problémy a oblasti neurologické péče. *Nejčastěji se posuzuje stav vědomí (schopnost identifikovat čas, prostor místo, osobu), bolest, riziko vzniku dekubitů, stupeň sebepéče, funkční schopnosti, případně jiné oblasti aktivit* (SLEZÁKOVÁ, 2006, s. 25).

3.5 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Ošetřovatelské diagnózy můžeme vyhodnocovat podle NANDA taxonomie 1 nebo, NANDA taxonomie 2. Stanovení ošetřovatelské diagnózy a jejich intervence zlepšují péči o nemocného. Diagnózy ošetřovatelské a lékařské nejsou stejné. Pouze spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. **Dle NANDA taxonomie 1 má pacient s CMP nejčastěji tyto diagnózy.** Prokrvení tkání porušené (mozek). Pohyblivost porušená. Komunikace verbální (a/nebo písemná) porušená. Nedostatečná péče o sebe [specifikujte]. Polykání porušené, riziko vzniku. Vnímání jedné strany těla porušené, riziko vzniku. Udržování domácnosti porušené. Sebeúcta, situačně snižená/obraz těla porušený/role, porušené zvládání. **Dle NANDA taxonomie 2.** Hlavní domény: Výživa, vylučování, aktivita - odpočinek, vnímání - poznávání, vnímání sebe samého, vztahy, sexualita, bezpečnost - ochrana, zvládání zátěže - odolnost vůči stresu. Nejčastější ošetřovatelské diagnózy v neurologii dle Marečkové (2006) např. 00134 Nauzea, 00132 Akutní bolest, 00128 Akutní zmatenost, 00131 Poškozená paměť, 00130 Porušené myšlení, 00085 Zhoršená pohyblivost, 00088 Porušená chůze atd. (DOENGES, 2001), (MAREČKOVÁ, 2006).

3.6 EDUKACE PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Edukace nemocného slouží k samostatnější péči nemocného o vlastní vzniklé onemocnění. Nemocný přebírá velkou část odpovědnosti za vlastní zdraví na sebe. Edukace slouží ke zlepšení spolupráce nemocného se zdravotnickým týmem. Edukačním proces je činnost, kdy se nemocný učí novým poznatkům a edukující mu toto učení zprostředkovává. Obecně se jedná o proces celkové výchovy a vzdělávání člověka a rozvíjení jeho osobnosti. Sestra by měla edukovat nemocného a seznámit ho s jeho onemocněním dle jejích kompetencí. Dále edukuje pacienta o rehabilitaci a nácviku soběstačnosti, dietě a stravování, vyprazdňování a zajištění další péče. **Edukační cíle u pacienta s cévní mozkovou příhodou.**

Záměrem edukace je, aby nemocný věděl co nejvíce o svém onemocnění. Seznámil se s režimovým opatřením. Dodržoval léčebný plán a životosprávu. A v neposlední řadě, aby se adaptoval na změněnou životní situaci. **Kognitivní činnost.** Pacient zná komplikace, které mohou nastat. Pacient chápe zajištění bezpečného prostředí. Pacient

ví, jakou má dodržovat dietu. **Behaviorální oblast.** Pacient dodržuje léčebný plán a režim. Pacient si upraví životosprávu. Pacient dokáže rozeznat zhoršení svého stavu. **Afektivní oblast.** Pacient se účastní na sociální interakci. Pacient pociťuje sounáležitost s rodinou (VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012).

3.7 REHABILITACE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Rehabilitace je pro nemocného po CMP nedílnou součástí léčby. *Rehabilitace je většinou indikovaná druhý den po CMP a její intenzita záleží na schopnostech spolupráce s pacientem* (TYRLIKOVÁ, BAREŠ, 2012, s. 134).

Na iktové jednotce je zajišťována rehabilitačním týmem. A to především rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Během hospitalizace se rehabilitace mění podle stavu a průběhu onemocnění. Rehabilitaci rozlišujeme na aktivní a pasivní. Cílem rehabilitace je podpořit spontánní návrat mozkových funkcí. Zabránit vzniku dalšího poškození. Návčik denních činností. Cvičit řeč. Motivovat nemocného (VOTAVA, 1999).

3.8 LOGOPEDIE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Obličej a ústa mají pro zdravého i nemocného velký význam. Pomocí úst komunikujeme, jíme, ale i prožíváme intimnosti. Péče logopeda je v případě CMP velmi důležitá. Pacient má často problémy s výslovností, polykáním a řečí celkově. Péče logopeda je součástí rehabilitace nemocného po CMP. Ztráta schopnosti komunikovat pacienta značně traumatizuje, snižuje jeho kvalitu života. Postupně narůstá sociální izolace. Při poruše polykání může dojít až k dehydrataci a malnutrici. Takový pacient musí podstoupit stimulační program reedukaci dysfonie, dysartrie a dysfagie a v neposlední řadě je zde důležitá práce s dechem (LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, 2005).

3.9 DIETOTERAPIE U PACIENTA PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Po CMP je důležité, aby měl pacient dostatek živin. Vyvážená strava by měla obsahovat vitamíny, minerální látky, stopové prvky. To vše je důležité k existenci organismu. Po CMP je důležité na základě logopedického doporučení zvolit správný typ podání výživy. Jelikož ne každý pacient po CMP může přijímat potravu ústy, tak se volí výživa enterální, nebo parenterální. Enterální výživa má řadu předností. Pacient má méně komplikací a celkově je enterální výživa levnější. Při zavedení nasogastrické sondy (NGS) je větší frekvence komplikací. U perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) jsou nejčastější komplikace: záněty, různé píštěle. PEG má ale i své výhody, lépe se ošetřuje a kontroluje oproti NGS, kdy například vnitřní dekubity nejsou vidět. Při správném zacházení může být PEG zaveden až roky. Zatím co NGS je krátkodobé řešení příjmu potravy. Parenterální výživa je podávána pacientovi pomocí periferního žilního katetru (PŽK), nebo centrálním žilním katetrem (CŽK). Tato výživa je ale mnohem dražší než výživa podávaná pomocí NGS (ZATLOUKALOVÁ, 2011).

3.10 PREVENCE

3.10.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence je souhrn činností, které mají za cíl snížit počet nových onemocnění. Hlavním cílem primární prevence u CMP je eliminace rizikových faktorů přispívajících ke vzniku CMP. Primární prevence by měla začínat od praktického lékaře, který by měl vést k zdravému životnímu stylu. Pacient by neměl kouřit, hlídat si tělesnou hmotnost, chodit na preventivní prohlídky. S tím souvisí léčba vysokého krevního tlaku a hlídání krevních tuků v krvi (AMBLER et al., 2004).

Hypertenze. Měření tlaku je velmi důležité pro prevenci jak iCMP, tak mozkové hemoragie. Odhalí je preventivní kontroly u praktických lékařů, kdy nastavení terapie na vysoký tlak je jedním z kroků jak onemocněním předejít. Hodnoty krevního tlaku (KT) by se měly udržovat pod 140/90 mm Hg. U diabetiků 130/80 mm Hg. **Diabetes mellitus.** Primární prevence spočívá v měření glykemie a TK. Pravidelné kontroly u praktického lékaře a diabetologa. **Hypercholesterolémie.** Primární prevence spočívá

v měření lipidů a lipoproteinů v plazmě. Jako prevence vzniku aterosklerózy. **Kouření, alkohol.** Prevence spočívá v informovanosti o škodlivosti a rozvoji CMP. Edukace pacientů o škodlivosti kouření. **Tělesná aktivita, stravování.** Primární prevence spočívá v redukci váhy, úpravy jídelníčku. Dostatečný pohyb a aktivity. **Hormonální antikoncepce.** Primární prevence spočívá v edukaci žen u gynekologa, pravidelné kontroly krevních testů. Když už ženy antikoncepci užívají, je důležité, aby nekouřily, zdravě jedly a měly dostatečný pohyb (HERZIG, 2008).

3.10.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevence je souhrn činností, které mají za cíl rozpoznat zdravotní problémy a zamezit jejich šíření. Hlavním cílem sekundární prevence je co nejvíce snížit riziko recidivy CMP. Pacient s prodělanou CMP dochází na pravidelné kontroly k neurologovi. Sleduje se klinický stav pacienta, kontrola a terapie rizikových faktorů pro potenciální vznik CMP. Je nezbytné pacienta edukovat o změně životního stylu. Zanechání kouření, pokud již tak neučinil, změna jídelníčku, redukce váhy atd. (HERZIG, 2008).

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetrovatelský proces jsme zpracovali u pacientky hospitalizované na neurologické jednotce intenzivní péče v pražské nemocnici s diagnózou ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin. Pacientka byla hospitalizovaná na neurologické klinice od 1.10.2013 do 17.10.2013. Ošetrovatelskou péči jsme vykonávali ve dnech od 2.10.2013 do 4.10. 2013 od 8:00 - 14:00. Na základě studia zdravotnické dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování jsme zhodnotili pacientky zdravotní stav a podle všeobecné dokumentace Vysoké školy zdravotnické jsme sestavili ošetrovatelskou anamnézu. Z důvodu ochrany osobních údajů pacientky neuvádíme jméno, příjmení, rodné číslo atd. Cílem práce bylo vytvořit individuální ošetrovatelský plán a jeho realizaci v rámci ošetrovatelského procesu.

4.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. H

Pohlaví: Žena

Datum narození: 1945

Věk: 68

Vzdělání: Střední škola s maturitou

Zaměstnání: Důchodce

Stav: Vdaná

Státní příslušnost: Česká

Datum přijetí: 1.10.2013

Typ přijetí: Akutní příjem

Oddělení: Neurologická JIP pražské nemocnice

Pacientka byla poučena o léčebném řádu: 1.10.2013, souhlas s hospitalizací 1.10.2013.

Důvod přijetí udávaný pacientem

„Od oběda se mi špatně mluví, mám závratě při chůzi, slabost v pravé ruce.“

Medicínská diagnóza hlavní

Ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM sin.

Medicínské diagnózy vedlejší

Předchorobí: běžné dětské nemoci.

Hypertenze na terapii. Hypercholesterolémie.

Operace: cholecystektomie v roce 2002.

Vitální funkce při příjmu

TK: 205/100 mm/Hg

Výška: 175 cm

P: 62

Hmotnost: 80 kg

D: 20

BMI: 26

TT: 36, 7°C

Pohyblivost: Částečně omezená.

Stav vědomí: Při vědomí.

Krevní skupina: A+

Pacientka souhlasí s realizací lékařských vyšetření a výkonů. Zároveň prohlašuje, že byla dostatečně a pro ni srozumitelným způsobem poučena o povaze jejího zdravotního stavu, navrhovaném způsobu vyšetření či lékařských výkonů, jako i o výsledku a možných komplikacích spojených se způsobem vyšetření.

Informační zdroje

Pacient - rozhovor, pozorování, dokumentace, fyzikální vyšetření sestrou.

Nynější onemocnění

Pacientka 68 let byla přivezena rychlou záchrannou službou 1.10.2013 v 13:00 na ambulanci neurologické kliniky pražské nemocnice. Od oběda se pacientce hůře mluví. Při chůzi má závratě, pacientka udává, že jednou upadla. Na neurologické ambulanci se pacientce odebrala krev a zhotovilo EKG, poté byla pacientka odeslána na jednotku intenzivní péče k dalšímu vyšetření stavu.

4.2 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza: Matka: Zemřela ve věku 82 let pro Ca dělohy. Otec: Zemřel ve věku 76 let pro Ca plic. Sourozenci: Nemá. Děti: 2 dcery zdravé, 1 syn zdravý.

Osobní anamnéza: Arteriální hypertenze na medikaci.

Hospitalizace a operace: Operace - Cholecystektomie v roce 2002 (chirurgie Praha).
Transfúze: Nezjištěno. Očkování: Povinné.

Léková anamnéza:

Tabulka 1 Terapie před hospitalizací

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Lokren	tbl.	20mg	1 - 0 - 1	Antihypertenzivum
Simgal	tbl.	20mg	0 - 0 - 1	Hypolipidemikum

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2013

Gynekologická anamnéza:

Tabulka 2 Gynekologická anamnéza

Gynekologická anamnéza:
Menarche: Od 18 let.
Menopauza: Od 52 let.
Potíže klimakteria: Bez obtíží.
PM - Nepamatuje si to.
Porody: 3. Potraty - žádný. Antikoncepce - nebrala.
Samo vyšetřování prsou: Pacientka sama neprovádí. Provádí to její gynekolog. Při gynekologické prohlídce - leden 2010.
Poslední gynekologická prohlídka: Leden 2010.
Mamografie: Leden 2010.

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2013

Alergologická anamnéza: Léky: neguje. Potraviny: neguje. Chemické látky: neguje. Jiné: neguje.

Abúzy: Alkohol: Příležitostně. Kouření: Nekuřák. Káva: 2 x za den. Léky: neudává. Jiné drogy: neudává.

Psychologická anamnéza: Vývojové období - vysoký dospělý věk, premorbidní osobnost - flegmatik, emoční oblast - spolupracující, bez významných emočních projevů.

Sociální anamnéza: Pacientka AH, 68 let, trvale žijící v Praze, v rodinném domku, bytová část situovaná v přízemí, vdaná důchodkyně. Vztahy v rodině jsou dobré, navštěvují se. Vztahy mimo rodinu taky dobré. Pacientka má mnoho zájmů a aktivit. Pacientka je manželka, matka, babička. Pacientka má mnoho přátel, bydlí s rodinou. Má ráda společnost. Pacientka ráda jezdí na výlety jak s rodinou, tak s kamarády z dětství. Chodí na třídní srazy. Pacientka ráda chodí na procházky se psem. Ráda čte a kouká na dokumenty.

Pracovní anamnéza: Vzdělání: Střední škola s maturitou - obchodní akademie. Pracovní zařazení: Prodavačka - nyní důchodkyně. Čas působení: 30 let, čas odchodu do důchodu: 54 let. Starobní důchod. Vztahy na pracovišti: Dobré. Ekonomické podmínky: Dobré.

Spirituální anamnéza: Pacientka je ateistka.

4.3 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU PACIENTKY

Tabulka 3 Popis fyzického stavu pacientky

Popis fyzického stavu ze dne 2.10.2013 v 8:00 hod.		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	<i>„Trochu mě pobolívá hlava. Doma to tak nemám. Mám strach, že můj stav se nezlepší, také kuli tomu špatně spím a vadí mi hluk přístrojů.“</i>	Hlava: poklepově nebolestivá, bez traumatických změn po pádu. Bolest identifikuje na škále bolesti stupněm 2. Tvář a oči: rozsah zorného pole není porušen, oční štěrbiný symetrické, bez nystagmu, skléry bílé a spojivky růžové, zornice izokorické, reagují na osvit přímo i nepřímě. Kůže na tváři bledá, rty souměrné bez ragád. Chrup: používá zubní protézy, jazyk bez povlaku a poranění, jazyk plazí ve střední rovině. Zápach z úst nepřítomen. Krk: náplň krčních žil přiměřená, uzliny a štítná žláza nezvětšená. Šíje volná, nevázne.

Hrudník a dýchací systém	<i>„Dýchá se mi dobře.“</i>	Hrudník symetrický bez deformací a kožních eflorescencí. Prsa bez viditelných patologických změn. Dýchání oboustranně sklípkové, bez vedlejších fenoménů a bolesti. Počet dechů: 20/min. Na hrudníku nalepené svody na kontinuální sledování srdeční akce.
Srdečně cévní systém	<i>„Lčím se s vysokým tlakem.“</i>	Srdeční akce pravidelná, frekvence 62/min. Puls je dobře hmatný. Pulzace na HK i DK hmatné v periférii, kapilární návrat promptní. Dolní končetiny bez otoků a zánětlivých změn. TK z 2.10.2013 8:00 180/90 mm/Hg. Periferní žilní katetr zaveden 1.10.2013 G - 20 na periférii LHK, bez patologií. Na pravé HK natočená manžeta na neinvazivní monitorování TK.
Břicho a gastrointestinální trakt	<i>„Špatně se mi jí, teď mám spadlý koutek a zakuckávám se. Od příjmu jsem nebyla na velký, doma chodím každý den. Tady mi to nejde. I když hodně tlačím, stejně nic.“</i>	Břicho prohmatné, na dotyk nebolestivé. Bez známek peritoneálního dráždění. Bez úbytku hmotnosti. Flatus - normální odchod plynů. Játra, slezina ani pankreas nezvětšené. Peristaltika

		auskultačně slabě slyšitelná. Per rectum nevyšetřuji.
Močový a pohlavní systém	<i>„Před mozkovou příhodou, jsem nosila vložky.“</i>	Genitál ženský, zavedený permanentní močový katetr č. 18 zaveden 1.10.2013 pro sledování příjmu a výdeje tekutin. Moč čirá, diuréza cca 100 ml/h, poklep v bederní krajině nebolestivý. Bez patologické sekrece či krvácení z pochvy.
Kosterní a svalový systém	<i>„Nemůžu hýbat s pravou rukou, jako kdybych jí neměla. Při rehabilitaci nemám bolesti.“</i>	Svalstvo lehce hypotrofické, svalová síla na LHK dobrá. PHK plegická. Klouby bez patologie, bolestivost kloubů nepřítomná. Kosterní aparát bez deformit. Chůze možná.
Nervový a smyslový systém	<i>„Slyším a vidím dobře. Občas zapomínám.“</i>	Pacientka při vědomí, klidná, orientovaná časem, místem, osobou. Tremor a tiky nepřítomné. Zrak a sluch dobrý. Brýle nenosí. Staropaměť i novopaměť bez problémů. Smyslová citlivost v normě. Reflexy výbavné.

Endokrinní systém	<i>„Se štítnou žlázou ani cukrovkou se neléčím.“</i>	Štítná žláza bez projevů endokrinních změn, nehmatná.
Imunologický systém	<i>„Za celý život nebyla žádná věc, na kterou bych byla alergická.“</i>	Lymfatické uzliny na těle nehmatné, nezvětšené. Neudává žádnou alergii. TT: 36,9 °C.
Kůže a její adnexa	<i>„Mažu se po každé koupeli, jinak bych měla suchou kůži.“</i>	Kůže normálního koloritu, kožní turgor přiměřený, bez známek poranění či krvácení. Adnexa bez patologie. 1.10.2013 zaveden PŽK na LHK. Otoky nepřítomné. Ochlupení přiměřené ženskému pohlaví. Vlasy krátké čisté. Nehty čisté, upravené. Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové: 22 b.

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2013

Poznámky z tělesné prohlídky. Pacientka je částečně nesoběstačná, nutná pomoc při hygieně, vyprazdňování, stravování, rehabilitaci. Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 22 b. Nutná rehabilitace paretické ruky a slabé nohy.

Tabulka 4 Aktivity denního života, posouzení psychického stavu, posouzení sociálního stavu pacientky

Aktivity denního života ze dne 2.10.2013.			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	doma	<i>„Doma jím tak 3 – 4 za den.“</i>	Nelze posoudit.
	v nemocnici	<i>„Od přijetí se mi špatně polyká a pije. Vadí mi povislý koutek.“</i>	Doma žádná dieta. Od přijetí se pacientce hůře polyká. Vadí jí povislý koutek. Potřeba pomoci logopeda. Pro zhodnocení polykání. BMI 26 – mírná obezita. Nic per os. Kožní turgor přiměřený. Od 1.10.2013 zavedena NGS do pravé nosní dírky. Odpady neodvádí.
Příjem tekutin	doma	<i>„Vypiju tak 1,5 litru tekutin. Z toho 2 kávy, někdy si dám sklenku vína.“</i>	Nelze posoudit.

	v nemocnici	<i>„Nemůžu se napít. Zakuckávám se.“</i>	Sledování příjmu a výdeje tekutin. Příjem tekutin za 24 h přibližně 2 litry. Záznam do dokumentace. Pro riziko aspirace byla zavedena NGS 1.10.2013 pravá nosní dírka. PŽK 1.10.2013 na LHK.
Vylučování stolice	doma	<i>„Doma jsem soběstačná, chodím na toaletu bez obtíží. Na velkou chodím každý den ráno po kávě.“</i>	Nelze posoudit.
	v nemocnici	<i>„Musím chodit na podložní mísu. Ale nejde mi to. I když hodně tlačím, stejně nic.“</i>	Pacientka má zatím jen nucení na stolicí. Od příjmu se pacientka nevyprázdnila. Poslední defekace 27.9.2013.
Vylučování moče	doma	<i>„Když jdu ven, vždy musím mít vložku. Záchod není vždy blízko.“</i>	Nelze posoudit.

	v nemocnici	<i>„Trochu jsem se počůrala.“</i>	Zaveden permanentní močový katetr. Pro únik moči. PMK odvádí čistou moč. Diuréza za 24h přibližně 2 litry.
Spánek a bdění	doma	<i>„Doma spím dobře.“</i>	Nelze posoudit.
	v nemocnici	<i>„Spím špatně. Vadí mi hluk přístrojů.“</i>	Problém s usínáním v cizím prostředí. Usne cca do 1 hodiny po ulehnutí. Spánek nekvalitní. Rušený kuli léčebným procesům a hluku přístrojů. Pacientka pospává přes den. GSC: 15 b.
Aktivita a odpočinek	doma	<i>„Chodím na procházky se psem. Ráda čtu a koukám na dokumenty.“</i>	Nelze posoudit.
	v nemocnici	<i>„Jsem omezena v pohybu, vždy mi musí někdo s něčím pomoci.“</i>	Rehabilitace na lůžku.
Hygiena	doma	<i>„Doma mám sprchový kout se stoličkou. Po každé koupeli se mažu krémem, mám suchou kůži. Zvládám to sama.“</i>	Nelze posoudit.

	v nemocnici	<i>„Vozí mě na vozíku do sprchy.“</i>	Hygienickou péči zabezpečuje ošetřující personál. Celková koupel ve sprše na vozíku ráno. Večerní toaleta u umyvadla s asistencí ošetřujícího personálu. Zvýšená péče o dutinu ústní, oči, nos, uši. Péče o osobní a ložní prádlo. Pacientka se snaží rehabilitovat a spolupracovat s logopedem.
Soběstačnost	doma	<i>„Doma jsem soběstačná.“</i>	Nelze posoudit.
	v nemocnici	<i>„Tady potřebuju pomoc při jídle, když chci na záchod a změnit polohu.“</i>	Pacientce musí ošetřující personál pomáhat ve všech denních činnostech. <i>Test Barthelové: 45 b.</i>

Posouzení psychického stavu ze dne 2.10.2013.			
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE	
Vědomí	<i>„Cítím se celkem dobře, jen chci, abych to už rozcvičila a jedla normálně.“</i>	Pacientka je plně při vědomí. GCS 15 b.	
Orientace	<i>„No ležím na neurologii.“</i>	Pacientka je orientovaná časem, místem, osobou a situací.	
Nálada	<i>„No s náladou je to nic moc.“</i>	Obavy z dlouhodobé hospitalizace.	
Paměť	staropaměť	<i>„Podle mého je dobrá.“</i>	Výbavná bez poruch.
	novopaměť	<i>„Podle mého je dobrá, občas něco zapomenu.“</i>	Výbavná bez poruch.
Myšlení	<i>„Ještě mi to myslí.“</i>	Objektivní, racionální.	
Temperament	<i>„Extrovert.“</i>	Extrovert, flegmatik.	
Sebehodnocení	<i>„Jsem, jaká jsem.“</i>	Pacientka neví jak jinak se hodnotit.	
Vnímání zdraví	<i>„Beru život tak jak je.“</i>	Pacientka je zodpovědná a snaží se zlepšit svůj zdravotní stav.	

Vnímání zdravotního stavu	<i>„Beru život tak jak je, už chci, abych to rozcvičila a jedla.“</i>	Pacientka je srozuměna se svým zdravotním stavem. Uvědomuje si závažnost onemocnění. Aktivně se snaží o zachování si, nebo zlepšení zdravotního stavu.
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění	<i>„Jsem z toho smutná a bojím se, že se to nezlepší.“</i>	Strach, pláč.
Reakce na hospitalizaci	<i>„Radši bych byla doma.“</i>	Bez projevu hospitalizmu.
Adaptace na onemocnění	<i>„Doufám ve zlepšení.“</i>	Pacientka si uvědomuje závažnost onemocnění. Ale ještě není smířená.
Projevy jistoty a nejistoty	<i>„Mám strach, že se to nezlepší.“</i>	Obavy a strach pociťuje pacientka při každé změně stavu.
Zkušenosti z předcházejících hospitalizací	<i>„Naposledy jsem byla v nemocnici, když mi brali žlučník. Personál byl hodný.“</i>	Pacientka nemá špatné zkušenosti.

Posouzení sociálního stavu ze dne 2.10.2013.			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	„ <i>Vadí mi povislý koutek, jinak to jde.</i> “	Pacientka má povislý koutek, mluví se jí dobře. Řeč nezměněna.
	Neverbální	„ <i>Nevím.</i> “	Občas bolestivý výraz při rehabilitaci.
Informovanost	o onemocnění	„ <i>Mám dost informací.</i> “	Informována.
	o diagnostických metodách	„ <i>Lékař mě před každým vyšetřením informuje a vysvětlí mi to.</i> “	Informována.
	o specifikách ošetrovatelské péče	„ <i>To mi říkají sestřičky.</i> “	Informována.
	o léčbě a dietě	„ <i>Mám dost informací, vím, že ta hadička na jídlo je teď důležitá, když mi to polykání nejde.</i> “	Informována.
	o délce hospitalizace	„ <i>Mám dost informací.</i> “	Informována.
Sociální role a jejich ovlivnění	Primární role	„ <i>Žena, pacientka.</i> “	Žena 68 let.

nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Sekundární role	„Matka, babička, kamarádka.“	Matka.
	Terciální role	„Společnice.“	Pacientka.

Zdroj: Vysoká škola zdravotnická, 2013

4.4 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření: Vstupní CT mozku, RTG S + P, Sono karotid, EKG, kontrolní CT po 24 hodinách.

Krevní odběry: Biochemie. Krevní obraz + diferenciál. Koagulace.

Výsledky vyšetření krve ze dne 2.10.2013.

Tabulka 5 Koagulační vyšetření

Koagulační vyšetření	Naměřené hodnoty	Referenční rozmezí
INR	1,04	1,00 - 1,28
APTT	31,2 s	22,6 - 35,0 s

Tabulka 6 Krevní obraz

Krevní obraz	Naměřené hodnoty	Referenční rozmezí
Leukocyty (Wbc)	$9,2 \times 10^9/l$	$4,0 - 11,0 \times 10^9/l$
Erytrocyty (Rbc)	$3,9 \times 10^{12}/l$	$3,6 - 5,2 \times 10^{12}/l$
Hemoglobin (Hgb)	129 g/l	116 - 163 g/l
Hematocrit (Hct)	0,398 %	0,33 - 0,47 %
Trombocyty (Plt)	$301 \times 10^9/l$	$131 - 364 \times 10^9/l$

Tabulka 7 Biochemické vyšetření

Biochemie	Naměřené hodnoty	Referenční rozmezí
Na – s	132 mmol/l	135 - 145 mmol/l
K – s	3,9 mmol/l	3,8 - 5,0 mmol/l
Cl – s	102 mmol/l	97 - 108 mmol/l
Glukosa	7,2 mmol/l	4,2 - 6,0 mmol/l
Urea	5,6 mmol/l	2,0 - 6,7 mmol/l
Kreatinin	82 umol/l	44 - 104 umol/l
Bílkovina	63,4 g/l	65 - 85 g/l
Cholesterol	7,2 mmol/l	3,83 - 5,80 mmol/l
CRP	5,6 mg/l	< 2 mg/l

Moč chemicky - pH 6,5. Hustota 1017. Ketolátky 2,0. Krev v moči 250. Leukocyty 25. Ostatní negativní.

EKG - Sinusový rytmus 78/ min, PQ 168 ms, QRS 103 ms, QT 435 ms, osa intermediální, ST bez denivelace.

RTG hrudníku - Plicní křídla volná, je bez ložiskových a infiltrativních změn. Kostrofrenické úhly volné, bez známek PNO. Srdeční stín přim. Bez zvýšené cévní náplně.

CT mozku vstupní - Závěr: Septum pellucidum, mírná subkortikální atrofie. Jasně čerstvé ložiskové změny nepřítomny.

CT mozku po 24hodinách - Ve srovnání s předchozím vyšetřením z 1.10. vývoj čerstvé incip. malacie FP vlevo o velikosti 38x24x13mm. Ostatní nález bez změn.

Duplexní vyšetření extrakraniálního úseku karotid a vertebrálních tepen
Závěr: Jen mírné aterosklerotické změny v bifurkaci ACC dx. Fokální stenotické změny neprokazujeme.

Doplňme TTE,TEE termín 12.10.2013.

- **Konzervativní léčba ze dne 2.10.2013**

Dieta: Nic per os

Pohybový režim: V lůžku

RHB: 5

Výživa: Enterální

- **Medikamentózní léčba ze dne 2.10.2013**

Simgal 20 mg 0 - 0 - 1 (Hypolipidemikum) 18 hod.

Lokren 20 mg 1 - 0 - 0 (Antihypertenzivum) 6 hod.

Paralen 500 mg při bolestech hlavy po 6 hod. max. 4 x za den (Antipyretikum, analgetikum)

per os: Nic per os

NGS: Nutrison multifibre 150 ml 6 - 10 - 14 - 18 - 22 hod. bolus dávky + 50ml čaje

- **Intra venózní léčba ze dne 2. 10. 2013**

F 1/1 1000 ml + 10 % MgSO₄ 1 amp. + Soluvit 1 amp. + 30 ml 7,5 % KCl i.v. na 24 hod. 12 - 12 hod.

Ebrantil 250 mg i.v. dle hodnot TK (Antihypertenzivum).

Quamatel 1 amp. á 12 hod i.v. (Antacidum) 12 - 24 hod.

Degan 1 amp. á 8 hod i.v. (Antiemetikum) 6 - 14 - 22 hod.

- **Jiné ze dne 2. 10. 2013**

Fraxiparine multi 0,4 ml s.c. 1 x ráno (Antikoagulancium) 6 hod.

Bandáže DK

Hlava ve zvýšené poloze 30 - 40 %

Kyslíkové brýle do 6 l/ min dle potřeby.

4.5 SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacientka AH, 68 let. Žijící v Praze, v rodinném domku, bytová část situovaná v přízemí, vdaná důchodkyně. Přivezena 1.10.2013 rychlou záchrannou službou v 13:00 na ambulanci neurologické kliniky v Praze. Od oběda se pacientce hůře mluvilo. Při chůzi udávala závratě a jednou upadla. Na ambulanci se pacientce odebrala krev, natočilo EKG a byla odeslána na jednotku intenzivní péče k dalšímu vyšetření stavu pacientky. Z oddělení JIP byla pacientka poté odvezena na CT, kde byla diagnostikována ischemická cévní mozková příhoda v povodí ACM 1. sin. Po vyšetření CT bylo pacientce zavedeno: PŽK, PMK, NGS. Vyšetření znovu EKG, SONO KAROTID. Na základě výsledků z laboratoře a CT se zahájila léčba: Actilyza (72mg celkem, z toho 7 mg bolus). Dne 2.10.2013 jsme pomocí studia ošetřovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorováním pacientky získali ošetřovatelskou anamnézu. Pacientka je při vědomí, spolupracující, verbálně komunikující. Při rozhoru pacientka udává, že se jí v nemocnici špatně spí. Trochu jí bolí hlava. Intenzita bolesti na stupňové škále 0 - 10 pacientka udává 2. Vadí jí povislý koutek, špatně se jí polyká. Trápí ji zácpa. Poslední stolice byla 27.9.2013. Pacientka má zavedený PMK od 1.10.2013 pro sledování příjmu a výdeje tekutin. PMK průchodná, odvádí čistou moč bez krve a viditelných příměsí. PŽK zavedena od 1.10.2013 okolí PŽK klidné, bez subjektivních a objektivních známek infekce. NGS od 1.10.2013 v pravé nosní dírce, sonda průchodná. Pacientka je afebrilní TT: 36,9° C. Pacientka má parézu pravé horní končetiny. Preference pravé ruky. Nutná dopomoc při každé denní aktivitě. Hodnotící škály: Minimental test nelze vyhodnotit, pacientka je „pravák“ a nemůže některé body z testu vyplnit. Hodnotící škála na riziko vzniku dekubitů dle Nortonové: 22 bodů - riziko vzniku dekubitů. Test Barthelové: 45 bodů - závislost středního stupně. GCS: 15 bodů - bez poruchy vědomí. Riziko vzniku pádu: 3 body. Pacientka je trvale napojena na monitor pro monitoraci fyziologických funkcí, které sestra nepřetržitě sleduje a pravidelně zapisuje do denního záznamového listu. Pacientka je srozuměna se zdravotním stavem, postupy a léčbou, je poučena před vyšetřením. Pacientka nejeví známky hospitalizmu. Pouze první den reagovala pláčem. Nyní si uvědomuje závažnost onemocnění, ale stále žádá informace o onemocnění CMP. Udává pocit strachu z budoucna. Za pacientkou dochází každý den logoped a rehabilitační pracovník.

4.6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Stanovené ošetřovatelské diagnózy u pacientky po cévní mozkové příhodě dle NANDA taxonomie I. Seřazené dle priorit pacientky.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy u pacientky po cévní mozkové příhodě ze dne 2.10.2013.

Bolest hlavy [akutní] z důvodu neurologického postižení mozkové tkáně, projevující verbální stížností.

Strach [z důvodu hospitalizace a budoucnosti] projevují se vystrašeností, ustaraností.

Polykání porušené z důvodu neuromuskulární poruchy, projevující se stížností na uvíznutí sousta, kašláním, dušením se.

Péče o sebe sama nedostatečná [dle testu Barthelové, střední stupeň závislosti] z důvodu neuromuskulárního poškození, projevující se dopomocí při příjmu potravy, mytí, oblékání, úpravy zevnějšku a v péči o vyprazdňování.

Pohyblivost porušená z důvodu neuromuskulárního poškození, projevující se ochrnutím pravé horní končetiny.

Zácpa z důvodu změny prostředí, projevující se namáhavou defekací.

Neznalost [potřeba poučení] (o léčebné a ošetřovatelské péči) z důvodu nedostatku informací a nepřesného pochopení možnosti ovlivnění nemoci, projevující se vyjadřováním obav, otázkami a žádostí o informace.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru a zvýšeným rizikem invaze patogenních mikrobů do organismu.

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru.

Ošetrovatelské diagnózy a plán ošetrovatelské péče.

Bolest hlavy [akutní] z důvodu neurologického postižení mozkové tkáně, projevující verbální stížností.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepociťuje žádnou bolest (intenzitu bolesti 0 na 10 stupňové škále) do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacientka cítí úlevu od bolesti (intenzita bolesti klesne z intenzity 2 na intenzitu 0 na 10 stupňové škále) do 2 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka spolupracuje při sledování intenzity bolesti (na stupňové škále) do 1 dne.
- Pacientka ví, že si může navíc (mimo standardní dávkování 4 x denně) vyžádat analgetický lék při zvýšení intenzity bolesti - maximálně 1 x denně do 30 min.
- Pacientka si nalezne svoji úlevovou polohu, v případě bolesti ji zaujme do 30 min.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Sleduj intenzitu, lokalizaci a charakter bolesti za využití 10 stupňové škály, informuj lékaře o její intenzitě a proved její záznam do ošetrovatelské dokumentace. (3 x denně a dle vývoje stavu) sestra ve službě.
- Posud možné patofyziologické, nebo psychologické příčiny bolesti. (Do 24 hodin) sestra ve službě.
- Pozoruj chování pacientky (držení těla, výraz v obličeji). (Denně) sestra ve službě.
- Sleduj fyziologické funkce (TK, P) a zaznamenávej je do dokumentace dle rozpisu lékaře. Při změně informuj lékaře. (Denně) sestra ve službě.
- Pomoz pacientce najít úlevovou polohu. (Vždy při bolesti) sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o nutnosti spolupráce při sledování, hodnocení charakteru intenzity bolesti a nutnosti hlášení změny stavu. (Do 3 hodin) sestra ve službě.

- Podávej analgetické léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek. (4x denně) sestra ve službě.
- Edukuj pacientku o možnosti vyžádání analgetického léku mimo standardní ordinace. (Maximálně 1x denně) při zvýšení intenzity bolesti a proved' záznam do dokumentace, sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Pacientka prodělala ischemickou CMP 1.10.2013. Od příjmu si stěžovala na mírné bolesti, které jí ale obtěžovaly. Od příjmu se měří pacientce fyziologické funkce každou hodinu a to i v následujících dnech.

Dne 2.10.2013 zjišťujeme intenzitu bolesti, lokalizaci a charakter bolesti. Pacientka si stěžuje na bolest hlavy. Použili jsme numerologickou škálu bolesti se stupnicí 0 - 10. Bolest byla vyhodnocena na stupeň 2. Pacientka dostala paralen 500 mg (antipyretikum, analgetikum) tbl. do NGS dle ordinací lékaře. Po 30 minutách jsme sledovali účinek léku a byla znovu vyhodnocena bolest číslem 0. Stále sledujeme možné příčiny bolesti, které jsou přikládány k CMP. TK - 180/ 90 mm Hg. S pacientkou jsme nenalezli žádnou vhodnou polohu na zmírnění bolesti. Jen studené obklady, zvýšená elevace horní poloviny těla na 30 °. Pozorujeme vnímavost, chování, a verbální či neverbální projevy bolesti. Noc pacientka prospala klidně, jen jí mírně obtěžoval hluk přístrojů.

Dne 3.10.2013 pacientka udávala bolest s číslem 2. Podáváním analgetik dle ordinací lékaře jsme vždy dosáhli zcela odstranění bolesti. TK - 175/80 mm Hg.

Dne 4.10.2013 pacientka neudává bolest. Nemá zájem o analgetika. TK - 160/ 70 mm Hg.

Hodnocení: 4.10.2013:

Cíl splněn. Pacientka od 4.10.2013 nepocituje žádnou bolest hlavy. Je poučena jak se má chovat při vzniku bolesti. Ošetřovatelské intervence dále nepokračují.

Strach [z důvodu hospitalizace a budoucnosti] projevují se vystrašeností, ustaraností.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít zmírněný strach do 3 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka bude mluvit o svém strachu do 1 dne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka má dostatek potřebných informací do 30 minut.
- Pacientka si uvědomuje příčinu strachu do 1 hodiny.
- Pacientka umí popsat svůj strach do 1 hodiny.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Sleduj tělesné projevy strachu, fyziologické funkce a chování. (Denně) sestra ve službě.
- Naslouchej pacientce, aktivně naslouchej jejím obavám. (Denně) sestra ve službě.
- Pátřej po známkách deprese. (Denně) sestra ve službě.
- Buď pacientce na blízku. (Denně) sestra ve službě.
- Přistupuj k pacientce empaticky a vlídně. (Denně) všichni zdravotničtí pracovníci.
- Poskytni pacientce dostatek informací. (V případě potřeby) sestra ve službě, lékař.
- Dej pacientce prostor pro případné otázky. (Denně) sestra ve službě, lékař.
- Zajisti péči psychologa. (V případě potřeby) sestra ve službě, lékař.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 2.10.2013 jsme si s pacientkou promluvili o jejím strachu. Pozorně jsme vyslechli její obavy. Poté jsme si o jejím problému pohovořili i s lékařem. Po našem rozhovoru lékař poskytl pacientce žádané informace, odpověděl jí na všechny otázky. Po celou dobu jsme sledovali fyziologické funkce a změny v chování pacientky, v rámci našich kompetencí odpovídali na její dotazy a snažili se odpoutat pozornost pacientky od jejího strachu.

Dne 3.10.2013 pacientka je klidná, spolupracuje. Nejeví známky strachu. Fyziologické funkce v normě. Nevyžaduje žádné informace.

Dne 4.10.2013 pacientka je klidná, spolupracuje. Nejeví známky strachu. Fyziologické funkce v normě. Nevyžaduje žádné informace.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl byl splněn. Pacientka je dostatečně informovaná o léčbě a její hospitalizaci na neurologické klinice. Nejeví známky strachu. Spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky a komunikuje s rodinou.

Polykání porušené z důvodu neuromuskulární poruchy, projevující se stížnostmi na uvíznutí sousta, kašláním, dušením se.

Priorita: střední.

Cíl dlouhodobý: Pacientka není ohrožena aspirací po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna přijímat zahuštěné tekutiny do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka ví, co je příčinou poruchy polykání do 1 hodiny.
- Pacientka má zajištěný nejvhodnější způsob výživy do 1 dne.
- Pacientka má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu do 1 dne.
- Pacientka má normální kožní turgor a přiměřenou vlhkost sliznic do 1 dne.
- Pacientka má zlepšenou schopnost polykání do 5 dnů.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Posud' polykací schopnost pacientky podáním malého množství čaje. (Denně) sestra ve službě, logoped.
- Posud' smyslové vnímání, pozornost, motorickou koordinaci. (Denně) sestra ve službě.
- Zhodnot' dutinu ústní - stav sliznic, chrupu, jazyka. (Denně) sestra ve službě.
- Pečuj o dutinu ústní. (Denně) sestra ve službě, ošetřovatel/ka.
- Zaznamenávej váhu pacientky. (1x týdně) sestra ve službě.
- Asistuj při diagnostickém vyšetření polykání. (Denně) sestra ve službě.

- Ověř správné zavedení NGS. (Před každým používání) sestra ve službě.
- Pečuj o NGS dle standardů nemocnice. (Denně) sestra ve službě.
- Hledej individuální faktory zvyšující riziko aspirace. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti logopeda a nácvik polykání. (Denně) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Od příjmu se pacientce špatně jí, zakuckává se a má spadlý koutek. Od 1.10.2013 zavedena NGS.

Dne 2.10.2013 zkusíme spolu s logopedem a zdravotní sestrou ve službě polykání zahuštěným čajem po lžičkách. Pacientce jsme vysvětlili, proč má poruchu polykání. Pacientka je ve zvýšené poloze, ale zakuckává se. NGS proto ponechána. Před každým podáváním výživy přes NGS jsme zkontrolovali správnou polohu sondy a poté podali výživu, po 30 min jsme sondu propláchli čajem. Po hygieně jsme sondu přelepili novou náplastí a zkontrolovali jsme stav dutiny ústní, zubů a jazyka. Dutinu ústní jsme na přání pacientky vytírali ústní vodou na speciálních štětičkách. Dutina ústní byla bez defektů. Jazyk byl nepovleklý. Kůže a kožní turgor přiměřený. Sliznice bez známek dehydratace. Pacientku jsme zvážili a měla 70 kg. Váhu jsme zaznamenali do dokumentace. Pacientka měří 156 cm. BMI 26.

Dne 3.10.2013 jsme po hygieně přelepili sondu a zkontrolovali stav dutiny ústní. V 10:00 přišla logopedka a nacvičovala s pacientkou polykání. Pacientka se stále zakuckává, pro riziko aspirace NGS ponechána. Zkontrolovali jsme polohu sondy před podáním výživy a čaje. Sonda průchodná.

Dne 4.10.2013 stav stejný, pacientka se stále zakuckává při nácviku polykání. NGS ponechána. Sonda průchodná.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl splněn částečně. Pacientce byla adekvátně zvolená forma podávání výživy a tekutin. Po dobu našeho ošetřování nedošlo k aspiraci. Dále nelze hodnotit z důvodu neuplynutí časového intervalu pro jeho realizaci, a proto bude zdravotnický personál pokračovat v intervencích dle daného plánu.

Péče o sebe sama nedostatečná [dle testu Barthelové, střední stupeň závislosti] z důvodu neuromuskulárního poškození, projevující se dopomocí při mytí, oblékání, úpravy zevnějšku a v péči o vyprazdňování.

Priorita: střední.

Cíl dlouhodobý: Pacientka je soběstačná v maximální možné míře do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka má zmírněný pocit méněcennosti do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka se účastní aktivit každodenního života a to denně.
- Pacientka spolupracuje s rehabilitačními pracovníky a to denně.
- Pacientka zná příčiny porušené soběstačnosti do 1 dne.
- Pacientka se aktivně zapojuje do péče do 1 dne.
- Pacientka se stára o svůj zevnějšek a hygienu do 2 dnů.
- Pacientka má tendenci zvyšovat si skóre v testu ADL do 5 dnů.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Posuď míru soběstačnosti pacientky při výkonu aktivit denního života podle testu Barthelové. (1x týdně) sestra ve službě.
- Zpochť pacientku do aktivní účasti na řešení jejího problému. (Denně) sestra ve službě.
- Využij pomůcky a uprav prostředí pro pacientku (hrazdička, postranice). (Denně) sestra ve službě.
- Podporuj pacientku v její snaze o zlepšení soběstačnosti. (Denně) sestra ve službě.
- Informuj pacientku o nutnosti střídání aktivity a odpočinku. (Denně) sestra ve službě.
- Slovně pacientku motivuj. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti bezpečnost pacientky při nácvičce soběstačnosti. (Denně) sestra ve službě.

- Pomáhej pacientce při plnění denních aktivit dle potřeby. (Denně) sestra ve službě)
- Zajisti pacientce rehabilitaci. (Denně) sestra ve službě.
- Sleduj schopnost spolupráce pacientky a její postoj k rehabilitaci. (Denně) sestra ve službě.
- Pečuj o kůži pacientky a prováděj prevenci dekubitů. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti bezpečnost pacientky s ohledem na prevenci úrazů. (Denně) sestra ve službě.
- Zapoj rodinu do péče o pacientku. (do 3 dnů) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 2.10.2013 jsem zjistili úroveň soběstačnosti pomocí testu ADL - 45 bodů, což znamená závislost středního stupně. Ranní hygienu (umývání, čištění zubů, česání vlasů) jsem prováděla na sedačce v koupelně. Pacientka potřebovala dopomoc, protože je „pravák“. Pacientka se snažila vše dělat sama, když nevěděla, jak to udělat, dopomohla jsem jí. K prevenci dekubitů jsme používali zinkovou mast. A to zejména na sakrální oblast jednou denně. Na postel byla přidána hrazdička, aby pacientka mohla lépe měnit svoji polohu. Vzhledem k bezpečnosti pacientky jsem nechala zvednuté bočnice. Pacientka dostala signalizační zařízení a byla poučena jak ho využívat. Podle režimu dne byly vykonány všechny činnosti a pacientku v 9:00 navštívil fyzioterapeut, který pak prováděl různá cvičení s pravou parétickou rukou. Vyprazdňování bylo první den na lůžku, ale to se nezdařilo. Dne 2.10.2013 byla pacientka posazena na WC, opět bez efektu. Pacientka si stěžovala na namáhavou defekaci, informovali jsme lékaře.

Dne 3.10.2013 ranní hygiena probíhala obdobně. Pacientku jsme odvezli do koupelny na sedačce. Kde se snažila sama osprchovat. Co pacientka nezvládla, dopomohla jsem jí a to hlavně mytí zad a nohou. Levou rukou se pacientka dokázala „namydlit“ a umýt dobře. Po RHB na lůžku chtěla pacientka na WC, opět pouze nucení a odchod plynů. Pacientka se nevyprázdnila.

Dne 4.10.2013 hygiena probíhala beze změn. Pacientka získala větší sebedůvěru a snažila vše udělat sama. Pacientce jsem pouze umyla záda, a když byla na lůžku, tak jsme jí namazali sakrum zinkovou mastí. Pacientka se aktivně zapojovala

do rehabilitace. Rodina byla edukována a zakoupila „ježka“ na rehabilitaci paretické pravé ruky.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl byl splněn částečně: Pacientka má zajištěny všechny potřeby, zná příčiny deficitu sebeděče, umí provádět denní aktivity podle svého stavu a aktivně se zapojuje do péče. Pacientka stále potřebuje dopomoc při celkovém provedení hygieny a oblékání oděvů. V ADL testu stále pacientka dosahuje 45 bodů. Stanovené ošetřovatelské intervence pokračují dál.

Pohyblivost porušená z důvodu neuromuskulárního poškození, projevující se ochrnutím pravé horní končetiny a slabostí pravé nohy.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna postupně zvládat péči o sebe sama do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka si uvědomuje důležitost spolupráce při rehabilitační léčbě do 5 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka zná důvody rizika pádu a možné následky úrazu do 2 hodin.
- Pacientka zná bezpečnostní opatření do 3 hodin.
- Pacientka zná svou situaci a vyvolávající příčiny do 1 dne.
- Pacientka zná rehabilitační plán do 1 dne.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Zhodnot' riziko pádu (stupnice Zjištění rizika pádu). (Do 2 hodin) sestra ve službě.
- Uprav prostředí v okolí pacientky. (Do 2 hodin) ošetřovatelka.
- Seznam pacientku s možnostmi používání pomůcek (chodítka, berle). (Do 2 hodin) sestra ve službě.

- Zavolej fyzioterapeuta. (do 1 dne) sestra ve službě.
- Vyzývej pacientku ke cvičení dle návodu fyzioterapeuta. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti vhodnou polohu pacientky (končetiny ve fyziologickém postavení). (Podle potřeby) ošetřovatelka, sestra ve službě.
- Monitoruj bolest pacientky a celkový stav. (Denně) sestra ve službě.
- Ved' pacientku k udržení soběstačnosti. (Denně) sestra ve službě, ošetřovatelka.
- Předcházej vzniku komplikací, v důsledku imobility (vznik kontraktur, dekubitů, pneumonie apod.). (Denně) ošetřovatelka, sestra ve službě.
- Projevuj dostatek trpělivosti a času. (Stále) sestra ve službě.
- Pouč pacientku o nutnosti zvýšené opatrnosti při posazení na lůžku, předklonu (popř. nabídní dohled nebo dopomoc). (Do 2 hodin) sestra ve službě.
- Doporuč vhodnou obuv. (Do 1 dne) sestra ve službě.
- Pravidelně kontroluj pacientku. (Po 2 hodinách) ošetřovatelka, sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 2.10.2013 jsme upravili stoleček pacientky tak, aby byla co nejvíce soběstačná a nehrozilo jí riziko pádu a úraz. Zhodnotili jsme stupeň imobility a vysvětlili jsme pacientce nutnost imobilizační polohy a bezpečnostní opatření. Riziko pádů u pacientky dosahuje 3 bodů (potřebuje vozík k pohybu, slabost pravé nohy, užívá rizikové léky), při příjmu pacientka upadla. Pacientka dostala signalizační zařízení a byla edukována jak zařízení používat a při jakých činnostech si přivolat personál. Obzvlášť při posazování. Chůze zatím není od lékaře ordinovaná, tak pacientka rehabilituje v lůžku. Zvládá si ale přesednout na sedačku s dopomocí. Rodina donesla obuv s protiskluzovou podrážkou pro příští dny rehabilitace. S fyzioterapeutem pacientka cvičí ráno a odpoledne. Pacientka cvičí hlavně ochablé svaly, které postihla paréza. Pomocí „ježka“ pacientka nacvičuje úchop a stisk prstů. Pro usnadnění defekace jsme cvičili každé ráno svaly pánevního dna a břišní lis.

3.10.2013 stav stejný, pacientka stále rehabilituje na lůžku 2 x denně. Věci ze stolečku si pacientka bere sama. V případě potřeby umí ovládat signalizační zařízení.

4.10. 2013 stav beze změn.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl splněn. Stav pacientky se zlepšuje. Pacientka udržuje aktivní polohu těla, je schopná provést základní hygienu ve sprše, může se posadit, přisednout si, na toaletu ale nedojde. Pacientka si uvědomuje důležitost rehabilitační léčby a zná svou situaci a vyvolávající příčinu. Pacientka si během dne s parétickou rukou cvičí sama. Bolesti při rehabilitaci pacientka neudává. Během našeho ošetřování pacientka neupadla a ani neutrpěla žádná zranění. Rodina se bude snažit upravit domácí prostředí podle jejich možnosti.

Zácpa z důvodu změny prostředí, projevující se namáhavou defekací.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka bude mít fyziologické vyprazdňování stolice do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: U pacientky dojde k odstranění rizikových faktorů pro vznik zácpy do 3 dnů.

Výsledná kritéria:

- Pacientka chápe příčiny ve změnách vyprazdňování do 1 hod.
- Pacientka je poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin do 1 hod.
- Pacientka se vyprázdní bez bolestí či nadměrné námahy do 2 dnů.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Zjistí příčiny zácpy a poruch ve vylučování stolice. (Při zjištěných obtížích) sestra ve službě.
- Zjistí způsob, kterým se pacientka dříve vyprazdňovala, a všechny faktory, které u ní vyprazdňování podporovaly. (Při zjištěných obtížích) sestra ve službě.
- Zhodnot' současný způsob defekace a všechny vlivy, které na ni nepříznivě působí. (Denně) sestra ve službě.

- Zjistí příjem tekutin, všimni si stavu dutiny ústní a zubů. (Denně) sestra ve službě.
- Posud' míru aktivity a způsob pohybu. (Denně) sestra ve službě.
- Zhodnot' užívané léky, možné interakce a vedlejší účinky. (Denně) sestra ve službě.
- Urči dobu trvání současného problému a stupeň jeho závažnosti. (Při zjištěných obtížích) sestra ve službě.
- Věnuj pozornost barvě, zápachu, konzistenci, množství i častosti vyprazdňování stolice. (Po defekaci) sestra ve službě.
- Ptej se na bolest při defekaci. (Po defekaci) sestra ve službě.
- Dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetření konečníku při podráždění zvláčňujícími krémy. (Denně) sestra ve službě.
- poznamenej užívání projímadel, klyzmat do dokumentace. Zaznamenej datum poslední stolice do dokumentace. (Po defekaci) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 2.10.2013 jsme pátrali po příčině zácpy. Z dokumentace a od pacientky jsme zjistili, že poslední defekace proběhla 27.9.2013 doma. Od té doby pacientce odchází jen plyny. Pocit nucení na stolici má až od 2.10.2013. Zeptali jsme se pacientky, co doma dělá proto, aby se vyprázdnila. Zjistili jsme, že si dává ráno kávu a pak se efekt dostaví. Na pokoji jsme zhodnotili vlivy, které by mohly způsobit zácpu. Proto pacientka, když cítila nucení na stolici, byla odvezena na sedačce na WC pro zajištění soukromí. Pacientka je částečně pohyblivá, proto by příčina mohla být i v nedostatku pohybu. O zácpě jsme informovali lékaře.

Dne 3.10.2013 lékař rozepsal Laktulosu Sandoz 3 x denně 15 ml. (6 - 12 - 18 hod.) Do dostavení efektu. Podaná laxativa jsme zaznamenávali do dokumentace. Pro nucení na stolici byla pacientka odvezena na WC, ale zatím ještě bez efektu.

Dne 4.10.2013 podávali jsme laxativa dle ordinace lékaře a zaznamenávali do dokumentace čas podání. Během odpoledne se pacientka vyprázdnila. Zkontrolovali

jsme konzistenci, množství, barvu a zápach. Defekaci jsme zaznamenali do dokumentace. Pátrali jsme po bolesti při defekaci, ale pacientka si na bolest nestěžovala. Pro parézu pravé ruky jsme zajistili dostatečnou hygienu po vyprázdnění a ošetřili konečník zinkovou mastí.

Hodnocení: 4.10.2013.

Cíl splněn. Pacientka se bez bolesti a namáhavé defekace vyprázdnila.

Neznalost [potřeba poučení] (o léčebné a ošetrovatelské péči) z důvodu nedostatku informací a nepřesného pochopení možnosti ovlivnění nemoci, projevující se vyjadřováním obav, otázkami a žádostmi o informace.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka a rodina je znalá ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka a rodina má dostatek informací o nemoci, léčbě a možné prognóze do 1 týdne.

Výsledná kritéria:

- Pacientka souhlasí se zapojením rodiny do spolupráce do 1 dne.
- Pacientka zná svůj stav a léčebný režim do 3 dnů.
- Pacientka správně chápe informace a v plné šíři jim rozumí do 5 dnů.

Plán intervencí:

- Komunikuj s pacientkou, zjisti jaké má znalosti a jaké chybí. (Do 2 dnů) sestra ve službě.
- Používej slovní zásobu a výrazy, kterým pacientka rozumí. (Vždy) sestra ve službě.
- Povzbuzuj pacientku, aby se ptala na všechno, co jí není jasné. (Vždy) sestra ve službě.

- Zajisti pacientce informace prostřednictvím ošetřujícího lékaře. (Do 3 dnů) sestra ve službě.
- Podávej pacientce informace v rámci sesterské kompetence. (Denně) sestra ve službě.
- Zajisti informační letáky pro rodinu. (Do 3 dnů) sestra ve službě.
- Naplánuj edukační proces, zvol vhodné téma edukační činnosti. (Do 5 dnů) sestra ve službě.
- Naplánuj a podrobně rozpracuj jednotlivé fáze edukačního procesu. (Do 5 dnů) sestra ve službě.
- Zapoj do edukační činnosti rodinného příslušníka. (Do 1 týdne) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013.

Dne 2.10.2013 jsme seznámili pacientku s jejím onemocněním dle kompetence zdravotní sestry, protože pacientka nechápala, zavolali jsme lékaře a lékař pacientce vysvětlil onemocnění. Hlavně proč vzniká, jaká je léčba a prognóza onemocnění. Během vysvětlování byla pacientka aktivní, vyptávala se na svůj zdravotní stav. Snažila se novým informacím porozumět. Z hlediska rehabilitace byla pacientka edukována od fyzioterapeuta. S pacientkou jsme si promluvili o důležitosti dodržování správného životního stylu, donesli jsme několik informačních letáku z ambulance, které byly zaměřeny na prevenci mozkových příhod. Zapojili jsme i rodinu a dali jsme jim letáky přečíst.

Dne 3.10.2013 pacientce stačili informace o zdravotním stavu při vizitě.

Dne 4.10.2013 stav byl stejný.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl splněn. Pacientka zná svůj stav a léčebný režim, chápe poskytnuté informace a dobře jim rozumí.

Infekce, riziko vzniku v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru a zvýšeným rizikem invaze patogenních mikrobů do organismu.

Priorita: mírná

Cíl dlouhodobý: Pacientka neprojevuje žádné známky infekce po celou dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o periferní žilní katetr do 1 dne.

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Pouč pacientku o známkách infekce. (Do 2 hodin) sestra ve službě.
- Pouč pacientku o nutnosti hlásit jakékoli změny. (Do 2 hodin) sestra ve službě.
- Sleduj známky infekce (Po celou dobu hospitalizace) sestra ve službě.
- Kontroluj invazivní vstup u pacientky. (Denně) sestra ve službě.
- Ved' záznam o převazech a zavedení PŽK. (Denně) sestra ve službě.
- Převaz prováděj vždy asepticky. (Vždy) sestra ve službě
- Sleduj známky infekce (Po celou dobu hospitalizace) sestra ve službě
- Sleduj krevní výsledky, zánětlivé markery. (Denně) sestra ve službě.
- Vše zaznamenávej do dokumentace. (Denně) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 2.10.2013 jsme v dokumentaci zkontrolovali délku zavedení katétru, abychom zjistili, zda není nutná jeho výměna. Okolí vpichu klidné, bez subjektivních nebo objektivních známek infekce. Pacientka má PŽK od 1.10.2013. Zhodnotili jsme nutnost jeho ponechání. Edukovali jsme pacientku o zásadách péče u PŽK. Připravili si pomůcky k převazu. Katétr jsme asepticky ošetřili a kryli dle standardů nemocnice. Datum převazu jsme zaznamenali do dokumentace pacientky. Zkontrolovali jsme krevní výsledky a zánětlivé markery.

Dne 3.10.2013 jsme zkontrolovali délku zavedení PŽK v dokumentaci pacientky. Zkontrolovali jsme okolí místa vpichu a jeho krytí. Zkontrolovali jsme krevní výsledky a zánětlivé markery. Okolí klidné, bez subjektivních a objektivních známek infekce. Sterilní krytí funkční, ponecháno dle standardů nemocnice. Kontrolu jsme zaznamenali do dokumentace pacientky.

Dne 4.10.2013 jsme ráno zkontrolovali délku zavedení PŽK. PŽK funkční bez subjektivních a objektivních známek infekce. Provedli jsme převaz za přísných aseptických podmínek. Převaz PŽK jsme zaznamenali do dokumentace pacientky.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl splněn. Po dobu našeho ošetřování byla pacientka bez známek infekce. Zdravotnický personál bude pokračovat v péči o katétr dle daného plánu.

Infekce, riziko vzniku z důvodu zavedení permanentního močového katetru.

Cíl dlouhodobý: Pacientka nejeví známky bakteriální močové infekce po dobu zavedení močového katetru.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady péče o permanentní močový katetr do 1 dne.

Priorita: mírná

Plán intervencí od 2.10.2013 do 4.10.2013:

- Pečuj o okolí močového katétru. (Denně) sestra ve službě.
- Udržuj močový katétr průchodný. (Denně) sestra ve službě.
- Kontroluj vzhled a množství moči. (Denně) sestra ve službě.
- Prováděj pravidelně bakteriální vyšetření. (Dle ordinací lékaře) sestra ve službě.
- Prováděj výměnu silikonového katétru dle ošetřovatelských postupů na oddělení. (Dle známek zánětu a času zavedení) sestra ve službě.
- Prováděj proplachy močového katétru. (Dle potřeby) sestra ve službě.
- Vše zaznamenávej do dokumentace. (Denně) sestra ve službě.

Realizace od 2.10.2013 do 4.10.2013:

Dne 1.10.2013 byl pacientce zaveden PMK č. 18. První den udávala pacientka nepříjemný pocit po zavedení. Pacientka byla edukovaná před zavedením katetru.

Dne 2.10.2013 jsme při hygieně zkontrolovali délku zavedení PMK a okolí močového katetru. Okolí klidné bez objektivních známek zánětu. Péči o okolí katétru jsme prováděli při ranní hygieně. Průchodnost katetru jsme zkontrolovali každých 6 hodin při zapisování bilancí tekutin. Po hygieně jsme zapsali do dokumentace kontrolu katetru. PMK odvádí čistou moč. Zkontrolovali jsme bakteriologické i krevní výsledky. Pátrali jsme po zánětlivých markerech.

Dne 3.10.2013 stav stejný, postupovali jsme podle stanovených intervencí.

Dne 4.10.2013 stav stejný, postupovali jsme podle stanovených intervencí.

Hodnocení: 4.10.2013

Cíl splněn. Po dobu našeho ošetřování byla pacientka bez známek infekce. Zdravotnický personál bude pokračovat v péči o katétr dle daného plánu.

Zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci lékařské terapie a ošetrovatelské péče se stav pacientky výrazně zlepšil. Po Actilyse neměla pacientka žádné krvácivé komplikace a další léčba proběhla bez obtíží. Pacientka byla od lékaře poučena o svém zdravotním stavu, hospitalizaci snášela dobře až na první den, kdy byla zaskočená a vystrašená náhlým zhoršeným zdravotním stavem. Na základě studia ošetrovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru a pozorování pacientky jsme stanovili ošetrovatelské diagnózy a pomocí ošetrovatelských intervencí jsme je realizovali. Bolest u pacientky byla zcela odstraněna a cíl tak splněn. Pacientka je dostatečně informovaná o léčbě a její hospitalizaci na neurologické klinice. Spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky a komunikuje s rodinou. Pacientka nejeví známky strachu a cíl tak splněn. Polykání u pacientky bylo špatné, musela se zavést nasogastrická sonda a i přes snahu sester a logopeda polykání nešlo. Cíl byl splněn částečně, pacientka není ohrožena aspirací, polykání nadále nelze. Stanovené ošetrovatelské intervence dále pokračují. Péče o sebe sama nedostatečná. Pacientka má zajištěny všechny potřeby, zná příčiny deficitu a snaží se spolupracovat a spoustu věcí dělat sama. Cíl byl splněn částečně. Pacientka je stále závislá na dopomoci při denních aktivitách. Stanovené ošetrovatelské intervence dále pokračují. Pacientka se bez bolesti a namáhavé defekace vyprázdnila a cíl tak splněn. Pacientka udávala nedostatek informací o nemoci a ošetrovatelské péči, po realizaci našich intervencí se pacientka cítila dostatečně informovaná a klidná a cíl tak splněn. Po zavedení PŽK a PMK byla pacientka poučena o péči zavedeného katetru. Pacientka byla bez objektivních a subjektivních známek infekce a cíl tak splněn. Pacientka během hospitalizace hodnotí ošetrovatelskou péči a péči lékařů velmi kladně a je spokojena.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle našeho názoru by přínosem při ošetřování pacientů po cévní mozkové příhodě mohly být následující specifická doporučení. Naše stanovená doporučení vyplývají ze současných teoretických a praktických poznatků.

Doporučení pro všeobecnou sestru:

- Být pacientovi oporou, snažit se získat důvěru pacienta.
- Respektovat nemocného jako individuální jednotku, přistupovat k němu s empatií, odpovídat na všechny jeho otázky a poskytovat mu dostatek srozumitelných informací o dané problematice.
- Nepodceňovat sebemenší příznaky onemocnění.
- Vyhradit si na pacienta dostatek času.
- Dbát o psychiku pacienta.
- Trvale zvyšovat znalosti, dovednosti a odbornou kvalifikaci všeobecná sestra.
- Klást důraz na kvalitu ošetrovatelské péče.
- Povzbuzovat pacienta k aktivitám, ale zároveň dbát, aby se neunavil.
- Poskytnout pacientovi úsměv, porozumění a pochvalu.
- Zapojovat rodinu a příbuzné do procesu uzdravování a obnovování zdraví.
- Dodržovat práva pacientů.

Doporučení pro personál na neurologické JIP:

- Dostatečná komunikace mezi sestrami, lékaři a ostatním zdravotnickým personálem.

- Ošetrovatelská péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou je velmi náročná a vyžaduje vzájemnou spolupráci multidisciplinárního týmu, který se skládá z lékařů, sester, fyzioterapeutů, logopedů, psychologů a v neposlední řadě pomocného personálu a proto je důležité zajistit dostatečné množství tohoto personálu.

Doporučení pro pacienta:

- Přizpůsobit a dodržovat přiměřený denní režim, naplánování většiny aktivit podle své individuální kondice.
- Pečovat o svojí fyzickou kondici, každý den provádět přiměřená kondiční či relaxační cvičení.
- Dodržovat zásady správné životosprávy.
- Nebát se hledat podporu v rodině, u přátel nebo psychologa.
- Navázat kontakt s lidmi se stejným onemocněním.
- Naučit se otevřeně hovořit o svých problémech se svými nejbližšími, psychologem, osobami se stejným onemocněním.

Doporučení pro rodinu:

- Nevyřazovat pacienta ze společenského a rodinného života.
- Podpora, aby pacient cítil, že je stále plnohodnotným a důležitým členem rodiny.
- Pomáhat pacientovi v úkonech, které sám nezvládá ale zároveň podporovat soběstačnost pacienta.
- Poskytnout oporu, pozitivně motivovat, chválit.
- Nepřetěžovat pacienta.
- Podle možností upravit domov, prostředí na bezpečné a přístupné.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá komplexní ošetrovatelskou péčí u pacienta s cévní mozkovou příhodou. Cévní mozková příhoda je velmi závažné onemocnění, které by se nemělo podceňovat. Jako každé onemocnění, tak i cévní mozková příhoda může začínat nenápadně a právě tento stav může postiženého ohrozit na jeho životě. V současné době je CMP druhou nejčastější příčinou úmrtí a nečastější příčinou invalidity u lidí v každém věku (ŠEKČÍK et al., 2003).

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat medicínskou a ošetrovatelskou problematiku u pacientky po CMP. Cíl pokládáme za splněný. O problematice cévních mozkových příhod jsme se dozvěděli spoustu zajímavých a nových informací. Studováním odborné literatury jsme získali nebývalý pohled na tuto problematiku. Zpracováním teoretické části práce, jsme nabyli značné vědomosti v oblasti péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou, které byly později využity v praxi na neurologické klinice v jedné pražské nemocnici a také při vypracování praktické části. V neposlední řadě bylo našim cílem vypracovat ošetrovatelský proces, kde jsme dle anamnézy a fyzikálních vyšetření stanovili diagnózy, naplánovali cíle, intervence a následně provedli realizace s konečným hodnocením cílů. Téměř všechny cíle praktické části práce, které jsme si stanovili, byly splněny.

Většina lidí, vyskytnou-li se u nich příznaky cévní mozkové příhody, nevyhledají lékařskou pomoc. Své příznaky bagatelizují, přirovnávají je stavu opilosti, nebo čekají, až příznaky vymizí. K lékaři většina lidí jde, nebo je přivezena záchrannou službou tehdy, když se jejich stav nelepší, ba naopak zhoršuje.

Pacienti s cévní mozkovou příhodou to už od příjmové ambulance nemají lehké. Pro některé může být velkým stresovým spouštěčem přísný zákaz jídla a pití pro poruchu polykání a riziko aspirace. Zdravotnický personál chápe toto omezení jako nezbytné. Ovšem pro pacienta toto omezení není lehké, zejména když se již cítí lépe a polykání stále není optimální. Většina pacientů trpí depresemi a to bez ohledu četnosti

návštěv. Někteří pacienti bývají často agresivní a jsou nebezpeční sami sobě, ale i svému okolí. V některých fázích onemocnění je nutná sedace a kurtace pacientů.

V dnešní době má toto onemocnění lepší prognózu, než tomu bylo v minulém století. Díky specializované péči a rehabilitaci má nemocný větší šanci na přežití a znovu zařazení do společnosti.

Detailní zaměření do problematiky cévních mozkových příhod nám přineslo jak teoretické znalosti, tak i praktické dovednosti, jež nám v budoucnu budou ku prospěchu při našem zaměstnání či publikaci v některém z odborných časopisů. Práce je věnovaná studentům ošetrovatelství, kteří se chtějí dozvědět něco více o životě s CMP.

Z komplexního hlediska je vhodné již v zárodku cíleně působit a předcházet vzniku možných komplikací správnou životosprávnou a pohybem.

Na místě by mohl být tento výrok, jak již řekl Börne: *Existují tisíce nemocí, ale jen jedno zdraví.*

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Z., 2002. *Neurologie: pro studenty lékařské fakulty*. Dotisk 4. vyd. Praha: Karolinum, 399 s., obr. ISBN 80-246-0080-3.

AMBLER, Z., J. BEDNAŘÍK a E. RŮŽIČKA, 2004. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: Triton, 975 s. ISBN 80-725-4556-6.

AULICKÝ, P., R. MIKULÍK, 2009. Obecná terapie akutního mozkového infarktu. *Neurologie pro praxi*, roč. 10, č. 4, s. 246 - 249. ISSN 1213-1814.

BAUER, J., 2009. Trombolytická terapie ischemického iktu. In: *Postgraduální medicína*. [online]. vyd. 8.10 [cit. 2014-03-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/trombolyticka-terapieischemickeho-ikt-u-447585>

BAUER, J., a R. ČEŠKA, 2010. *Cévní mozkové příhody*. In: R. ČEŠKA et al., *INTERNA*. Praha: TRITON, s. 159-173. ISBN 978-80-7387-423-0.

BENEŠ, V., 2003. *Ischémie mozku: chirurgická a endovaskulární terapie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2621-866.

BOROŇOVÁ, J., 2010. *Kapitoly z ošetřovatelství I*. Plzeň: Maurea, ISBN 978-80-902876-4-8.

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

FEIGIN, V., 2007. *Cévní mozková příhoda. Prevence a léčba mozkového iktu*. 1. vyd. Praha: GALÉN, 207 s. ISBN 978-80-7262-428-7.

Hemorrhagic and ischemic stroke In: *medical, imaging, surgical, and interventional approaches*. Editor Bernard R Bendok. New York: Thieme, c2012, xxiv, 557 s. ISBN 978-160-4062-342.

HERZIG, R., 2008. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 84 s. ISBN 978-80-7345-148-6.

KALINA, M., 2000. *Akutní neurologie: intenzivní péče v neurologii*. 1. vyd. Praha: Triton, 194 s. ISBN 80-725-4100-5.

KALINA, M., 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-807-3871-079.

KALITA, Z., 2006. *Akutní cévní mozkové příhody: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-859-1226-0.

KALVACH, P., 2005. *Cévní onemocnění nervové soustavy*. In: P. JEDLIČKA., O. KELLER et al. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, s. 73 - 76. ISBN 80-7262-312-5.

KALVACH, P., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-802-4727-653.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 350 s., [16] s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.

KAŠČÁK, M., 2006. *Klinická propedeutika*. 1. vyd. Martin: Osveta, 90 s. ISBN 80-8063-215-4.

KOTAS, R., Z. AMBLER, 2010. *Essential general neurology*. Praha: Maxdorf, 2010. Jessenius. ISBN 978-807-3452-261.

LIPPERTOVÁ - GRÜNEROVÁ, M., 2005. *Neurorehabilitace: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 350 s. ISBN 80-726-2317-6.

MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách: diagnostika, patofyziologie, management*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ., 2010. Centra pro pacienty s cévní mozkovou příhodou. In: Ordinace.cz. [cit.2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/centra-pro-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou/>

NATIONAL INSTITUTE of HEALTH STROKE SCALE (NIHSS). In: *Cerebrovaskulární manuál* [online]. ANON [cit. 2014-03-18] dostupné z:

<http://cmp-manual.wbs.cz/900-SKALY.html>

NEJEDLÁ, M., 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Grada: Publishing, a.s, ISBN 80-247-1150-8.

NĚMCOVÁ, J., et al., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.

NEVŠÍMALOVÁ, S., E. RŮŽIČKA a J. TICHÝ, 2005. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 367 s. ISBN 80-7262-160-2.

PFEIFFER, J., 2006. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 350 s. ISBN 978-802-4711-355.

SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4727-332.

SEIDL, Z., a J. OBENBERGER, 2004. *Neurologie pro studium i praxi: pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0623-7.

SLEZÁKOVÁ, Z., 2006. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, c2006, 165 s. ISBN 80-806-3218-9.

ŠEVČÍK, P., et al., 2003 *Neurologická problematika v intenzivní medicíně*. In: ŠEVČÍK, P., V. ČERNÝ, J. VÍTOVEC et al. *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, s. 275 - 281. ISBN 80-7262-203-X.

ŠKOLOUDÍK, D., 2013. *Rekanalizační terapie akutní ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Maxdorf, 310 s. ISBN 978-80-7345-360-2.

TYRLÍKOVÁ, I., a M. BAREŠ, 2012. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 305 s. ISBN 978- 807-0135-402.

VOKURKA, M., a J. HUGO, 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10., aktualiz. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-262-9.

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. Edukace klienta s cévní mozkovou příhodou. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=14.cz>

VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012. Hodnotící škály. In: *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

VOTAVA, J., a J. OBENBERGER, 1999. *Základy rehabilitace: pro studium a praxi*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4385-7.

Votava, J., et al., 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Vysoká škola zdravotnická, 2013. Obecná ošetrovatelská dokumentace. In: *Vysoká škola zdravotnická* [online]. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. v Praze 5, Duškova 7, 150 00 Praha 5. [vid. 2014-02-20]. Dostupné z: https://sharepoint.vszdrav.cz/stud_mat/OPPA%203/obecna_OSE_dokumentace.pdf

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6916-5.

ZATLOUKALOVÁ, I., 2011. Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP. In: *Sestra* [online]. 12.1 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/reseni-poruchy-polykani-u-nemocnych-s-cmp-457285.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Škála NIHSS

Příloha B - Akreditované iktové jednotky

Příloha C - Barthelové test všedních denních činností

Příloha D - Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha E - Glasgow coma scale

Příloha F - Riziko vzniku pádu

Příloha G - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha A

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)		
<p>1a. Úroveň vědomí zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (orostrach. trauma, jazyk. bariéra, intubace). Testuje se vždy.</p>	<p>0 - plně při vědomí, spolupracující 1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)</p>	
<p>1b. Slovní odpovědi ptáme se na věk pacienta a měsíc správná odpověď, bez nápovědy <u>zcela</u> počítá se první a pouze</p>	<p>0 - obě odpovědi zcela správně 1 - jedna správně, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma</p>	
<p>1c. Vyhovění výzvám požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.</p>	<p>0 - oba úkony správně 1 - jeden úkol správně 2 - žádný správně, kóma</p>	
<p>2. Okulomotorika testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování!). Testujeme i pac. v kómatu.</p>	<p>0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa</p>	
<p>3. Zorné pole vyšetřovat i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.</p>	<p>0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)</p>	
<p>4. Faciální paresa Cenění zubů, zavření očí, elevace obočí.</p>	<p>0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paréza dolní větve (centrální paresa) 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, kóma</p>	
<p>5. a 6. Motorika HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. vleže DKK do 30 st., kolísání na HKK je tehdy, pokud klesá dříve než za 10 sekund a na DKK dříve než za 5 sekund. Testují se všechny končetiny, 9 se uděluje při jiném postižení končetiny – vysvětlit.</p>	<p>0 - bez kolísání 1 - kolísání nebo pokles, bez úplného pádu na podložku 2 - určitý pohyb proti gravitaci, neudrží nad podložkou 3 - pohyb po podložce 4 - plegie, bez pohybu, kóma (pro všechny konč.) 9 - amputace, ankylóza aj. příčiny patolog. nálezu nesouvisející s příhodou</p>	<p>PHK</p> <p>LHK</p> <p>PDK</p> <p>LDK</p>
<p>7. Ataxie končetin testování prst-nos-prst na HKK na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U slepých: nos-natažená HK. V kómatu, při plegii atd. se hodnotí 0.</p>	<p>0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Kóma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.</p>	
<p>8. Senzitivita zkouší se ostřejším předmětem, u nespolu- pracujících algickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Kóma hodnotíme 2.</p>	<p>0 - bez poruchy čítí 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až aneestezie uni, či bilat. Kóma.</p>	
<p>9. Řeč testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ Víte jak, Dolů na zem, Jsem už z práce doma. Popis obrázku.</p>	<p>0 - bez afázie 1 - lehká fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma</p>	
<p>10. Dysarthrie Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).</p>	<p>0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra</p>	
<p>11. Neglect Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.</p>	<p>0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.</p>	

Zdroj: NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS). Dostupné z <http://cmp-manual.wbs.cz/900-SKALY.html>

Příloha B

Komplexní cerebrovaskulární centra

Nemocnice Na Homolce Praha

Ústřední vojenská nemocnice Praha

Fakultní nemocnice u sv. Anny a Fakultní nemocnice Brno

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Fakultní nemocnice Plzeň

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

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

Fakultní nemocnice Ostrava

Fakultní nemocnice Olomouc

Iktová centra

Fakultní nemocnice Motol Praha

Všeobecná fakultní nemocnice Praha

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

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

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

Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.

Nemocnice Jihlava, p.o.

Nemocnice Písek, a.s.

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

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

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

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

Nemocnice Česká Lípa, a.s.

Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.

Pardubická krajská nemocnice, a.s.

Litomyšlská nemocnice, a.s.

Městská nemocnice v Ostravě, p.o.

Vítkovická nemocnice, a.s.

Nemocnice Břeclav, p.o.

Nemocnice Vyškov, p.o.

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.

Karvinská hornická nemocnice, a.s.

Nemocnice Třinec, p.o.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2010

Příloha C

TEST Barthelové - ADL(activity daily living) ze dne 2.10.2013.

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

HODNOCENÍ:

0-40 bodů vysoce závislý

45-60 bodů závislost středního stupně

65-95 bodů lehká závislost

100 bodů nezávislý

celkem: **45 bodů**

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012

Příloha D

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové ze dne 2.10.2013.

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
Plná	10	Normální	Žádné	Dobry	Dobry	Chodí	Úplná	Není	4
Malá	0 – 30	Alergie	DM, anemie	Zhoršený	Apatický	Doprovod	Částečně omezená	Občas	3
Částečná	0 – 60	Vlhká	Kachexie, ucpávání tepen	Špatný	Zmatený	Sedačka	Velmi omezená	Převážně moč	2
Žádná	Nad 60	Suchá	Obezita, karcinom	Velmi špatný	Bezvědomí	Leží	Žádná	Moč + stolice	1

Riziko vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Celkem bodů: 22 riziko vzniku dekubitů.

Zdroj: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2012

Příloha E

Glasgow Coma Scale (GCS) ze dne 2.10.2013

	Počet bodů	Pacientka
Otevření očí		
Spontánní	4	
na výzvu	3	
na bolestivý podnět	2	
žádné	1	4
Vědomí – komunikace, kontakt, bdělost		
orientován	5	
dezorientován	4	
zmatená a neodpovídající slovní reakce	3	
nesrozumitelné zvuky	2	
bez reakce	1	5
Motorická reakce na slovní výzvu, případně na bolestivý podnět		
vyhoví správně výzvě	6	
cílená reakce na bolest	5	
necílená reakce na bolest	4	
flekční reakce na bolest	3	
extenční reakce na bolest	2	
bez reakce 1		6

Maximum bodů: 15 = normální stav
13 = vyžaduje hospitalizaci
8 = mez kritického stavu mozku

Minimum bodů: 3 = areflektorické kóma

Celkem: 15 bodů

Bez poruchy vědomí

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012

Příloha F

AKTIVITA		SKÓRE
Pohyb	Neomezený Používání pomůcek Potřebuje pomoc k pohybu Neschopen přesunu	1
Vyprazdňování	Nevyžaduje pomoc Historie noktrurie/inkontinence Vyžaduje pomoc	1
Medikace	Neužívá rizikové léky Užívání léky ze skupiny: - Diuretika - Antikonvulziv - Antiparkinsonik - Antihypertenziv - Psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
Smyslové poruchy	Žádné Vizuální, sluchové, smyslový deficit	
Mentální stav	Orientován Občasná / noční dezorientace Historie dezorientace /demence	
Věk	18 – 75 75 a výše	
Celkové skóre		3 body

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA, 2012

Příloha G

Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s cévní mozkovou příhodou v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 20.3.2014

.....

Jméno a příjmení studenta