

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

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

Bakalářská práce

ANETA ŠLÉGROVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Hánělová

Praha 2014



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

Šlégrová Aneta
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 9. 2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou
ischemickou

Nursing Process for Patients with Ischemic Stroke

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Kateřina Hánělová

V Praze dne: 1. 11. 2013


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Aneta Šlégrová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Kateřině Hánělové za cenné připomínky, rady a ochotu při vedení práce.

ABSTRAKT

ŠLÉGROVÁ, Aneta. *Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou ischemickou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Kateřina Hánělová. Praha. 2014. 74 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkovou příhodou ischemickou. Skládá se ze dvou částí a to z teoretické a praktické.

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku cévních mozkových příhod, definici, rizikové faktory, klinický obraz, diagnostiku, komplikace, prevence, prognózu a možnosti léčby. Dále také popisuje specifika ošetrovatelské péče u pacientů s tímto onemocněním.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na zpracování ošetrovatelského procesu u pacienta s cévní mozkovou příhodou ischemickou, který byl přijat na iktovou jednotku. Dále také obsahuje odebranou anamnézu pacienta, objektivní a subjektivní hodnocení problémů pacienta a následné stanovení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz.

Klíčová slova:

Cévní mozková příhoda. Ischemie. Léčba. Ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

ŠLÉGROVÁ, Aneta. *The Nursing Process for Patients with Ischemic Stroke*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Kateřina Hánělová. Prague. 2014. 74 p.

The Nursing Process for the Patient with the Ischemic Stroke was chosen as the bachelor thesis topic. This topic consists from the theoretical and practical parts.

The theoretical part of the bachelor thesis is focused on the nursing process general problems, the definition, risk factors, the clinical picture, the diagnosis, the complications, the prevention, the prognosis and the care options. The unique problems connected with the nursing process for the patients with the ischemic stroke are also described.

The practical part of bachelor thesis is focused on the elaboration of nursing process for the patients with the ischemic stroke, who was hospitalised for the stroke unit. The bachelor thesis also includes patient's case history, objective and subjective problems score and following actual and potential nursing diagnosis assessment.

Key words:

Ischemic stroke, Ischemia, Nursing care, Nursing process, Treatment

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	13
1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	15
1.1 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	15
1.2 HEMORAGICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA	16
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY CMP	16
1.3.1 HYPERTENZE	17
1.3.2 SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ	17
1.3.3 ATEROSKLERÓZA	17
1.3.4 POHLAVÍ A VĚK	18
1.4 KLINICKÝ OBRAZ CMP	18
1.4.1 KLINICKÝ OBRAZ IKTU V KAROTICKÉM POVODÍ	19
1.4.2 KLINICKÝ OBRAZ IKTU VE VERTEBROBAZILÁRNÍM POVODÍ	19
1.5 DIAGNOSTIKA CMP	20
1.5.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	20
1.5.2 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE	20
1.5.3 MAGNETICKÁ REZONANCE	21

1.5.4	ULTRAZVUK A MAGNETICKÁ REZONANČNÍ ANGIOGRAFIE	21
1.6	KOMPLIKACE ISCHEMICKÉ CMP	22
1.7	PREVENCE CMP	24
1.8	PROGNÓZA CMP	24
1.9	LÉČBA CMP	24
1.9.1	CELKOVÁ LÉČBA	25
1.9.2	ANTIAGREGAČNÍ LÉČBA	25
1.9.3	ANTIAGOAGULAČNÍ LÉČBA	26
1.9.4	PROTIEDÉMOVÁ LÉČBA	26
1.9.5	INTRAVERNÓZNÍ TROMBOLÝZA	26
1.9.5.1	<i>INDIKAČNÍ KRITÉRIA PRO IVT</i>	26
1.9.5.2	<i>KONTRAINDIKACE IVT</i>	27
1.9.5.3	<i>PRŮBĚH IVT</i>	28
1.9.6	INTRAARTERIÁLNÍ TROMBOLÝZA	29
1.9.7	SONOTROMBOLÝZA	29
1.9.8	MECHANICKÁ REKANALIZACE	30
1.9.9	REHABILITAČNÍ LÉČBA	30
2	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CMP	31
2.1	PÉČE O HYGIENU	31
2.2	PÉČE O OČI A DUTINU ÚSTNÍ	31

2.3 PÉČE O VÝŽIVU A PŘÍJEM POTRAVY	32
2.4 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ	33
2.5 PÉČE O POLOHOVÁNÍ NA LŮŽKU A MOBILIZACI	34
2.6 PÉČE O KOMUNIKACI (ŘEČ A PSANÍ)	34
2.7 PÉČE O SMYSLY A EMOČNÍ PROBLÉMY	35
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU ISCHEMICKOU	36
3.1 ANAMNÉZA	37
3.2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU	40
3.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	55
3.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	71
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Identifikační údaje	36
Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí	37
Tabulka 3 Výsledky laboratorních vyšetření	51

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AB	arteria basilaris
ACA	arteria cerebri anterior
ACI	arteria carotis interna
ACM	arteria cerebri media
ACP	arteria cerebri posterior
ASA	kyselina acetylsalicylová
AV	arteria vertebralis
CMP	cévní mozková příhoda
CT	počítačová tomografie
DI	dokončený iktus
EKG	elektrokardiografie
FS	fibrilace síní
iCMP	ischemická cévní mozková příhoda
JIP	jednotka intenzivní péče
KL	kontrastní látka
MR	magnetická rezonance
MRA	magnetická rezonanční angiografie
IVT	intravenózní trombolýza
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PI	progredující iktus
RF	rizikový faktor
SAK	subarachnoidální krvácení
TIA	tranzitorní ischemická ataka
TK	tlak krve

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Afázie - porucha řeči, porozumění
- Agrafie - porucha psaní
- Ageusie - úplná ztráta chuti
- Akalkulie - porucha počítání
- Amnézie - ztráta paměti
- Aneurysma - tepenná výduť
- Diplopie - dvojitě vidění
- Dysartrie - porucha výslovnosti
- Dysfagie - porucha polykání
- Dystonie - patologická změna hlasu
- Hemianopsie - porucha zraku, omezení zorného pole
- Hemihypestézie - porucha cití na jedné polovině těla
- Hemiparéza - částečné ochrnutí jedné poloviny těla
- Hemiplegie - úplné ochrnutí jedné poloviny těla
- Hypoageusie - snížená funkce chuti
- Kontralaterální - ležící na opačné straně
- Malacie - ischemická cévní mozková příhoda
- Ipsilaterální - stejnostranný, týkající se stejné strany
- Paréza - částečná ztráta hybnosti
- Plegie - úplná ztráta hybnost

ÚVOD

Mezi cévními mozkovými příhodami je nejčastější ischemická cévní mozková příhoda, proto jsme si právě toto téma pro bakalářskou práci vybrali. Bohužel se nevyskytuje pouze u starších generací, ale také u mladých lidí, což je způsobeno dnešním uspěchaným životním stylem, pitím alkoholu, ale i kouřením a sedavým způsobem života.

Cévní mozková příhoda je závažné a rozšířené civilizační onemocnění. Po nádorových onemocněních a infarktu myokardu je třetí nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Ročně postihne zhruba 30 000 pacientů, z nichž asi třetina nemoci podlehne úplně, zhruba třetina pacientů zůstává trvale invalidních, odkázaných na pomoc druhých a další pacienti jsou relativně bez následků.

Cílem práce je nastínění aktuálních problémů tohoto onemocnění. Navrhnutí realizace a individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta s cévní mozkovou příhodou ischemickou.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, přičemž jedna část je teoretická a druhá praktická. V teoretické části je jedna kapitola věnována onemocnění, kde jsme se zabývali definicí, rizikovými faktory, klinickým obrazem, diagnostikou, komplikacemi, prevencí, prognózou a možnostmi léčby. Druhá kapitola je věnována specifikům ošetrovatelské péče u pacienta s CMP, kde jsme poukazovali na problémy zejména v péči o hygienu, péči o oči a dutinu ústní, dále o výživu a příjem potravy, vyprazdňování, polohování na lůžku a mobilizaci, péči o komunikaci.

V praktické části jsme se zabývali ošetrovatelským procesem u pacienta s iCMP. Zejména odebráním anamnézy, posouzením stavu a potřeb pacienta, plánem individuální ošetrovatelské péče, dále zhodnocení ošetrovatelské péče. Informace jsme získávali přímo od pacienta, jeho rodiny, od ostatních členů zdravotnického týmu a ze zdravotnické dokumentace. Na základě těchto informací stanovíme ošetrovatelské diagnózy pomocí NANDA taxonomie II a

vypracujeme plán, realizaci a zhodnocení ošetrovatelské péče. V závěru se budeme zabývat shrnutím práce.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro všeobecné sestry jakéhokoli typu vzdělání. Práce může posloužit i laické veřejnosti.

1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Cévní mozkovou příhodu (CMP) můžeme definovat jako „akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin (event. do smrti) bez zjevné jiné než vaskulární příčiny“ (SEIDL, 2004, s. 190).

CMP je na třetím místě v příčinách úmrtí. Roční výskyt mrtvice se u nás odhaduje 150 – 200 případů na 100 000 obyvatel. Ischemické poškození mozku (malacie) se vyskytuje častěji 80 % případů a hemoragické 20 % případů. CMP je často doprovázena ložiskovými příznaky (SEIDL, 2008).

Mrtvice je akutní stav, měla by být hlavně včasně diagnostikována a zahájena účinná terapie. V akutní fázi by měla být ošetřována na iktové jednotce, kde musejí být sledovány vitální funkce a odchylky od fyziologických parametrů, které musejí být korigovány (BERLIT, 2007). Nejdůležitější zobrazovací metoda při akutním iktu je magnetická rezonance (MR) a výpočetní tomografie (CT) mozku, která odhalí čerstvé intrakraniální krvácení. U ischemické CMP s použitím perfúze či difúze spolehlivě zobrazí změny i v prvních hodinách, což umožňuje další postup léčby (KALINA, 2008).

1.1 ISCHEMICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Ischemická cévní mozková příhoda (iCMP), nazývaná také jako malacie, může být způsobena bloádou krevní sraženiny, také zúžením či ucpáním přívodné mozkové tepny nebo také emboly tzv. vmetky, které se uvolní ze srdce nebo z extrakraniální tepny, a které mohou zablokovat tepnu nebo více tepen intrakraniálních.

Nejčastější příčinou ischemického iktu bývá bloáda nebo zúžení tepny způsobena aterosklerózou vyskytující se u 2/3 pacientů, většinou starších 65 let. U lidí, kteří mají závažné srdeční onemocnění (onemocnění srdečních chlopní, rychlá a nepravidelná srdeční akce) dochází spíše k embolii. Krevní sraženiny pocházejí nejčastěji ze srdce. Asi 5 – 10 % ischemických mozkových

příhod je způsobeno poruchou krve, zánětlivých a infekčních chorob a objevují se nejčastěji u mladých lidí. Přesná příčina některých iCMP je neznámá. Tyto infarkty vznikají v mozkových polokoulích, ale mohou vzniknout v mozečku nebo v mozkovém kmeni (FEIGIN, 2007).

Dle časového průběhu se může vyskytnout tranzitorní ischemická ataka (TIA), u které je neurologický deficit v důsledku nedostatečného prokrvení mozku, a kde se objevují epizody ložiskových symptomů, mizící do 24 hodin od vzniku, bez následků. Prolongovaný reverzibilní ischemický neurologický deficit (PRIND) je obdobný jako TIA, ale příznaky trvají déle než 24 hodin, úprava je pak do 3 týdnů bez následků (TYRLÍKOVÁ, 2008). Progredující iktus (PI) je charakteristický postupně se rozvíjejícími příznaky z důvodu zhoršené ložiskové hypoxie. Dokončený iktus (DI) je neurologický deficit, který se nemění po 24 hodinách (SEIDL, 2004).

1.2 HEMORAGICKÁ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Hemoragický iktus je způsoben krvácením do mozkové tkáně (tzv. intracerebrální krvácení nebo mozkový hematom) nebo krvácením do prostoru pod pavoučnicí (tzv. subarachnoidální krvácení, SAK). Hemoragická cévní mozková příhoda tvoří malý podíl mrtvic, které ale mají největší počet úmrtí. Krvácení z tepny je obvykle způsobeno rupturou aneuryzmatu nebo arteriovenózní malformace. Toto krvácení může být způsobeno poraněním či úrazem hlavy. Mezi další příčiny patří ztenčení, ztvrdnutí a lomivost stěny tepen například u hypertenze nebo amyloidového poškození cév (FEIGIN, 2007). V práci jsme se zabývali ischemickou CMP, proto tato nebude dále rozebírána.

1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY CMP

Většina cévních mozkových příhod vzniká jako následek kombinace medicínských příčin (vysoký krevní tlak, cholesterol v krvi) a příčin návykových (kouření). Tyto rizikové faktory (RF) lze regulovat nebo zcela eliminovat. Za

ovlivnitelné RF považujeme změnu životního stylu nebo užívání léčebných prostředků (medikace). Onemocnění těchto ovlivnitelných faktorů lze až z 85% předcházet. Existují faktory, které nejsou ovlivnitelné. Mezi tyto faktory se řadí dědičné dispozice či rasový původ (FEIGIN, 2007).

1.3.1 HYPERTENZE

Fyziologický tlak krve (TK) u dospělého člověka má standardní hodnotu 120/80 mm Hg bez ohledu na věk či pohlaví. Lidé se stanovenou diagnózou hypertenze mají 7krát vyšší riziko vzniku CMP než lidé s normálním TK. Pro lidi starší 50 let je vysoký systolický tlak (nad 140 mm Hg) závažnějším RF vzniku CMP a jiných kardiovaskulárních chorob než vysoký diastolický tlak. S přibývajícím věkem se TK zvyšuje. Vyšší krevní tlak postupně poškozuje cévní stěny a způsobuje tvrdnutí tepen, navíc podporuje vznik krevních sraženin a aneuryzmatu (FEIGIN, 2007).

1.3.2 SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ

U osob se srdečními chorobami, jako je fibrilace síní, angina pectoris, poruchy chlopní, umělé chlopně a vrozené srdeční vady, je vyšší riziko vzniku iktu. Zejména v srdci se tvoří emboly u poruchy funkce chlopní, nepravidelného rytmu nebo infarktu, ty se mohou uvolnit a putovat do mozku nebo také do jiných částí těla. Pokud se sraženina dostane do mozku, může ucpat tepnu a tím způsobí ischemickou CMP. Fibrilace síní (FS) je nejvýznamnější RF iktu, proto neléčená FS představuje 4krát až 7krát vyšší riziko vzniku CMP a také může vést k dalším kardiovaskulárním komplikacím. Ke stanovení diagnózy FS je nejspolehlivější elektrokardiografie (EKG) (FEIGIN, 2007).

1.3.3 ATEROSKLERÓZA

Ateroskleróza je jednou z hlavních příčin ischemických iktů a tranzitorní ischemické ataky (TIA). U 20 – 30% osob, u kterých vznikla iCMP nebo TIA, je prvotní příčinou zúžení karotické tepny (FEIGIN, 2007).

1.3.4 POHLAVÍ A VĚK

U mužů, kteří nedosáhli věku 65 let je o 20% vyšší riziko iktu ischemického či hemoragického než u žen. U žen bez ohledu na věk, je riziko subarachnoidální krvácení o 50% větší, ale také se třikrát častěji vytvoří aneuryzma. Riziko vzniku CMP narůstá od 45 let věku. U osob starších 65 let je riziko obecně nejvyšší. CMP nejsou časté u dětí do věku 15 let, ale pokud se vyskytnou, jsou zapříčiněny vrozenými vadami, cévními abnormalitami, úrazy hlavy či krku, migrénou nebo krevní nemocí.

Mezi další rizikové faktory patří vysoká hladina cholesterolu, migrény, diabetes melitus, kouření, zvýšená konzumace alkoholu, sedavý způsob života, výskyt CMP v rodině a další genetické faktory. Mnohé z těchto faktorů se vzájemně ovlivňují (FEIGIN, 2007).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ CMP

Přibližně 1/3 iktů, včetně TIA, má varovné signály. Přibližně 2/3 mozkových iktů mohou ale nastat bez varování (FEIGIN, 2007). Konkrétní neurologické příznaky závisí na lokalizaci mozkového postižení. Symptomy se zejména liší z oblasti mozkových hemisfér a mozkového kmene. Nejčastějšími příznaky jsou poruchy hybnosti končetin. Ochrnutí může být buď částečné (paréza) nebo úplné (plegie) na jedné polovině těla (hemiparéza, hemiplegie) spolu s poruchou čítí (hemihypestezie), poruchou řeči a porozumění (afázie), psaní (agrafie), počítání (akalkulie), mohou se vyskytnout i poruchy zraku (hemianopsie, diplopie), poruchy polykání (dysfagie), ale také poruchy výslovnosti (dysartrie), poruchy paměti jako je amnézie či apatie. Při rozsahu a lokalizaci postižení rozeznáváme různé stupně poruchy vědomí, mohou se vyskytnout kvantitativní poruchy vědomí jako je neklid či zmatenost až delirium. Mazi kvalitativní porucha vědomí řadíme somnolenci, sopor nebo kóma (TYRLÍKOVÁ, 2008). Poruchy hybnosti a řeči jsou však nejtypičtější a nejnápadnější příznaky iktu, které jsou vnímány samotným pacientem i jeho okolím a vedou k rychlé diagnóze. V akutní fázi CMP je velmi častou obtíž

dysfagie. Tento příznak je velice závažný, protože způsobuje zvýšené riziko aspirace (KALINA, 2008).

1.4.1 KLINICKÝ OBRAZ IKTU V KAROTICKÉM POVODÍ

Nejčastěji se vyskytující ischemii v povodí arteria cerebri media – střední mozková tepna (ACM) je klasickým příznakem kontralaterální porucha hybnosti, která je více vyjádřena na horní končetině. Také se často setkáváme s kontralaterální poruchou citlivosti a hemianopsie. Porucha funkcí je příznakem léze dominantní hemisféry neboli neglect syndrom (porucha orientace v prostoru s opomíjením levé poloviny prostoru). Ten je naopak známkou postižení nedominantní hemisféry. Častá je deviace očí, někdy i hlavy ke straně léze (nemocný se dívá na ložisko) nebo paréza pohledu k opačné straně. Léze v oblasti dominance řeči vede k afázii, apraxii a agnózii.

Ischemie v povodí arteria cerebri anterior – přední tepna mozková (ACA) je provázena rovněž kontralaterální hemiparézou, ale s výraznějším postižením na dolní končetině. Mohou se vyskytnout apatie, abulie nebo poruchy chování. Při ischemii v povodí arteria ophthalmica dochází k náhlému zamlžení nebo ztrátě visu na stejnostranném oku, většinou jen prchavého charakteru.

Při ischemii v povodí perforujících centrálních arterií je obvyklým obrazem lakunární infarkt, příznaky jsou motorické, senzitivní, ataxie nebo dysartrie. Ischemie v povodí arteria carotis interna – vnitřní krkavice (ACI) znamená, že při postižení celého kmene jsou příznaky nejčastěji stejné jako při ischemii v povodí ACM (SEIDL, 2004).

1.4.2 KLINICKÝ OBRAZ IKTU VE VERTEBROBAZILÁRNÍM POVODÍ

Pro ischemii v povodí arteria cerebri posterior – zadní mozková tepna (ACP) jsou charakteristické znaky v oblasti zrakové poruchy. S nejčastějším nálezem kontralaterální homonymní hemianopsie, ale se zachováním centrálního vidění při oboustranné lézi je obraz kortikální slepoty. Nemocní mohou mít i těžkou hemiparézu.

Ischemie v povodí arteria basilaris – obratlová tepna (AB). Zde se vyskytují v klinickém obraze různorodé kombinace postižení mozkového kmene, mozečku,

talamu, temporálního a okcipitálního laloku. Z oblasti postižení mozkového kmene je důležité si všimnout i symptomů jako je dysfonie, obrna měkkého patra, škytavka, porucha algické a termické citlivosti v oblasti obličeje, hypo až ageusie, zrakové poruchy jako je barvoslepost, diplopie, porucha prostorového vidění, amnézie a poruchy vědomí (kóma) včetně parézy končetin a poruch čítí.

Při uzávěru arteria vertebralis – obratlová tepna (AV) se projevují tyto symptomy: dysartrie, ataxie ipsilaterálních končetin, vertigo a nystagmus, kontralaterálně na končetinách, na trupu porucha čítí pro termické a algické podněty, pro tytéž podněty porucha čítí ipsilaterálně na tváři, ipsilaterálně faryngeální a laryngeální paréza (SEIDL, 2004).

1.5 DIAGNOSTIKA CMP

Diagnostika může být velice obtížná, pokud je průběh atypický nebo je-li pacient v bezvědomí, kdy nemůžeme odebrat anamnézu, která je důležitou součástí pro diagnostiku onemocnění (TYRLÍKOVÁ, 2008).

1.5.1 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Vyšetření krve je velice důležité pro diagnostiku. Laboratorní vyšetření hematologické, biochemické a imunologické umožňuje zjistit celou řadu patologických stavů s CMP přímo nebo nepřímo souvisejících např. poruchy krevní srážlivosti, zmnožení nebo úbytek krevních elementů, zvýšenou hladinu lipidů, známky zánětu nebo autoagresivních onemocnění (TYRLÍKOVÁ, 2008).

1.5.2 VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

Výpočetní tomografie (CT) je neinvazivní vyšetřovací metoda. Jeho objev znamenal zásadní převrat v celé medicíně (SEIDL, 2004). Hraje klíčovou roli při diagnostice akutního iktu. Umí spolehlivě rozpoznat a zobrazit čerstvé intrakraniální krvácení. U ischemické příhody je nativní CT vyšetření v prvních hodinách často normální nebo jsou přítomny jen velmi subtilní nálezy, které lze snadno přehlédnout (KALINA, 2008).

Nativní CT vyšetření je v prvních 6-12 hodinách po vzniku ischemie až v 50% nález na mozku negativní. Při uzávěru především velkých mozkových tepen, můžeme zachytit známky časné ischemie i při nativním CT. Jedná se o snížení denzity (hypodenzity) postižené tkáně, na obrázku se jeví tmavší než obvykle.

Perfuzní CT vyšetření mozku sleduje průchod bolusu jodované kontrastní látky cévními strukturami mozku. Zobrazuje jednu nebo více vrstev mozku během průchodu kontrastní látky (KL). Průběh bývá většinou co jedna vteřina to jeden snímek a to po dobu 40-50 sekund po aplikaci bolusu KL do periferní žíly.

CT angiografie, kde se používá KL k naplnění cév. Při nástřiku zhruba 50-60 ml KL může zobrazit extrakraniální úseky krkavic i mozkové tepny. Většinou se indikuje pro ověření uzávěru některé z mozkových tepen nebo vnitřní karotidy (KALINA, 2008).

1.5.3 MAGNETICKÁ REZONANCE

Magnetická rezonance (MR) je pro diagnostiku CMP velice významná. MR je v současné době nejcitlivější technikou v detekci ischemie bezpochyby z časového i prostorového hlediska rozlišení. S CT vyšetřením si je velice podobná, ale MR je dokonalejší, zato ale méně dostupnější. CT je časově kratší a monitorace pacienta jednodušší (KALINA, 2008). Oproti CT vyšetření není zdrojem signálu rtg záření, ale vysílá radiofrekvenční impulzy. Výhody MR jsou vyšetření libovolných rovin řezů s větším rozlišením kontrastu. Zásadní kontraindikací jsou kovové, feromagnetické prvky v těle (svorky, náhrady kloubů), kardiostimulátory nebo kochleární implantáty (SEIDL, 2004).

1.5.4 ULTRAZVUK A MAGNETICKÁ REZONANČNÍ ANGIOGRAFIE

Ultrazvukem nebo magnetickou rezonanční angiografií (MRA) se zobrazí karotické tepny, tyto vyšetření se používají především při pátrání po možném zúžení nebo sraženině v hlavní tepně. Obě vyšetření jsou zcela nebolestivá a především rychlá. Ultrazvukem trvá vyšetření 20-30 minut u MRA o něco déle. MRA se využívá k určení nitrolebních aneuryzmat nebo jiných malformací mozkových cév (FEIGIN, 2007).

1.6 KOMPLIKACE ISCHEMICKÉ CMP

U osob s CMP se mohou vyskytnout komplikace. Přibližně u 30 % akutních ischemických iktů dochází k progresi ložiskových či celkových mozkových změn, tím dochází k nárůstu psychických změn nebo celkových příznaků, jako je porucha vědomí. Stávající zhoršení neurologického deficitu může být následkem narůstající trombotické okluze nebo může být důsledkem akumulace excitačních neurotoxinů a edém mozku.

Další komplikací jsou epileptické záchvaty. Časné epileptické záchvaty zaznamenáváme do dvou týdnů od vzniku CMP, vyskytují se i pozdní, které trvají z pravidla déle než dva týdny. Sekundární epilepsie po iCMP se vykytuje přibližně ve 3-4 %.

Hypertenze je nejen rizikový faktor CMP, ale jde také o další komplikaci. Dochází k vzestupu krevního tlaku až u 75 % osob po CMP a trvá několik dnů. Při vzestupu TK, může dojít k poškození orgánu a to včetně mozku. Doporučuje se postupné snižování TK, protože rychlý pokles může vyvolat hypoperfuzi orgánů, infarkt myokardu a tím může vést k aktivaci sympatiku.

Mohou se vyskytovat také kardiální komplikace, kdy iCMP může vyprovokovat srdeční dysfunkci (např. arytmie), nebo vede k dalším kardiálním komplikacím. CMP jsou provázeny vysokou incidencí srdečních poruch a mají vysokou vaskulární mortalitu. Však nejčastější kardiální komplikace se vyskytují u akutního iktu, nejvíce ohrožují osoby s těžkými CMP, diabetem, městnavou chorobou srdeční, renální insuficiencí a s prodlouženým intervalem QT na EKG. Po vzniku CMP se nejčastěji vykytuje supraventrikulární tachykardie, fibrilace síní, komorová tachykardie a komorové extrasystoly. Srdeční arytmie mohou vést k hemodynamické instabilitě, ke zvětšení mozkové ischemie, tím se zvyšuje i riziko kardiální smrti.

Hluboká žilní trombóza patří mezi další komplikací při vzniku CMP. V prvních dvou týdnech se hluboká žilní trombóza vyskytuje až u 50 % po CMP. U osob s antiagregační léčbou, nebo s časnou mobilizací či používání kompresivních punčoch je riziko nižší.

Nejzávažnější komplikací je plicní pneumonie. Vyskytuje se nejčastěji do dvou dnů po iktu a vede k trojnásobnému zvýšení mortality. Projevu se horečkou, kašlem, dušností, celkovým zhoršením, ale také se mohou vyskytnout delirantní stavy. V prvních hodinách vzniku příhody může nastat až u 60 % osob snížení saturace krve kyslíkem a poruchy dýchání. Na snížení saturace (SpO_2) se podílí celá řada mechanismů např. porucha centrální regulace dýchání, rozvoj atelektáz, pneumonie a plicní embolie. Cílem je podávání a inhalace kyslíku. Z malé části nemocných indikujeme napojení na ventilátor s využitím různých režimů. Ve většině případů jde o přechodnou ventilaci. U velmi těžkých CMP je nutná umělá plicní ventilace dlouhodobá, zejména u příhod lokalizovaných v zadní cirkulaci.

Z gastrointestinálních komplikací nejčastější evidujeme dysfagie. Těžký stupeň dysfagie vzniká na podkladě CMP postižených center lokalizovaných v dolním mozkovém kmeni. Příčina poruch polykání je spastická paréza svalů podílející se na polykání. Dysfagie může vést k aspirační pneumonii, hypohydrataci a k podvýživě. V tomto případě se využívá parenterální výživa, výživa do nazogastrické sondy s následným nácvikem polykání. V případě, kdy jde o lehkou dysfagii, lze stravu upravit zahušťováním. Pokud se polykání neupraví zpravidla do 14 dnů a déle je indikována perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).

K dalším komplikacím patří urogenitální problémy, komplikace pohybového aparátu, deprese, demence, únavnost spasticita, horečka a dekubity (EHLER, 2011).

1.7 PREVENCE CMP

Prevenci CMP můžeme rozdělit na primární a sekundární. V primární prevenci je důležité pohlížet na to, abychom předešli vůbec prvnímu iktu, především u pacientů s cévními rizikovými faktory již zmiňovanými a soubor opatření zapadající pod pojem zdravotní životní styl.

Cíl sekundární prevence je minimalizace opakování iktu. Patří sem ovlivňování známých rizikových faktorů i farmakologická prevence (podávání protisrážlivých léků). Součástí jsou operační výkony na karotických tepnách (endarektomie) nebo endovaskulární zavádění stentů do místa zúženým aterosklerotickým plátem (TOMEK, 2012).

1.8 PROGNOZA CMP

Prognózu CMP určuje zejména její letalita, doba přežití, frekvence a stupeň postižení po prodělané příhodě. Podle starších studií přibližně 30% osob po prodělané CMP umíralo do jednoho roku a průměrná doba přežití byla 4-5 let. V každodenních aktivitách bylo až 40 % nemocných odkázaných na pomoc druhé osoby. S pokrokem prevence a léčby je v posledních letech letalita nižší, doba přežití a míra postižení uspokojivější, než uvádějí starší studie (BRUTHANS, 2010).

1.9 LÉČBA CMP

Cévní mozková příhoda je urgentní stav, který může ohrozit bezprostředně lidský život (AMBLER, 2006). Pokud je léčba zahájena v co nejkratším čase od prvních příznaků, je největší nadějí na úspěch. V akutním stadiu ischemického iktu je tato doba (tzv. terapeutické okno) 6-12 hodin (TYRLÍKOVÁ, 2008). Akutní iktus by měl být ošetřován na iktové jednotce s péčí multidisciplinárního týmu (BERLIT, 2007). Iktus je heterogenní porucha a vždy záleží na co nejpřesnější diagnostice. Výsledný léčebný efekt záleží však na rozsahu vlastní léze a možnostech kolaterálního oběhu (AMBLER, 2006).

1.9.1 CELKOVÁ LÉČBA

Celková léčba je důležitá součást celého komplexu léčby. Jako u všech akutních stavů je potřeba stabilizovat základní životní funkce (TYRLÍKOVÁ, 2008). Patří sem zajištění dýchání, dostatečná ventilace, oxygenace s inhalací zvlhčeného kyslíku. Zajistit monitoraci EKG, zajištění krevního oběhu a srdeční činnosti. U nemocných je nutno dbát na dostatečnou výživu a hydrataci. Pokud nelze zajistit perorální přísun dochází k zajištění nazogastrické sondy. Většinou v prvním období iktu nastává hyperglykémie, proto se nikdy nepodává glukóza. Hyperglykémie zvětšuje ischemický rozsah ložiska, proto se podává inzulin s krátkým poločasem účinku. Důležitá je kontrola ostatních parametrů vnitřního prostředí. Doporučuje se trvale kontrolovat tělesnou teplotu a při vzestupu nad 37,5 °C jí léčit. Dále udržujeme dostatečný krevní tlak, který je důležitý pro cerebrální perfúzi. V akutním stavu se proto nepodávají hypotenziva. Pouze u vysoké hypertenze (diastola nad 220/120-130 mm Hg) se podávají opatrně látky s minimálním účinkem na mozkovou cirkulaci (Labetalol – Trandate) nebo inhibitory ACE s krátkodobým účinkem (Captopril – Corinfar). Zásadně se nepodávají blokátory kalciových iontů, které vyvolávají rychlý pokles TK. Také se nepodávají diuretika, pokud se nejedná i o srdeční selhání. K tlumení při neklidu pacienta se používají Tiapridal nebo Haloperidol (AMBLER, 2006). Obvykle je třeba zajištění žilní linky. Močový katetr se zavádí pouze v nutných případech, protože zvyšuje riziko infekce (Tyrliková, 2008). Brzká rehabilitace a mobilizace pacienta je důležitou součástí, pomáhá předcházet různým komplikacím (BERLIT, 2007).

1.9.2 ANTIAGREGAČNÍ LÉČBA

„Použití kyseliny acetylsalicylové: jde o jedinou paušálně použitelnou terapii u jakéhokoli subtypu ischemické CMP“ (KALINA, 2008, s. 127). Tato léčba cílí na zabránění tvorby a následné embolizaci trombu na aterosklerotickém plátu a také ovlivnění agregace trombocytů (AMBLER, 2006). Léčbu je nutno zahájit co nejdříve po vzniku iktu. Při podání kyseliny acetylsalicylové (ASA) do 48 hodin od vzniku iktu se snižuje riziko recidivy. Podmínkou je však vyloučení intracerebrálního krvácení nebo nemocní indikovaní k trombolytické terapii. Je-li indikována trombolýza, pak se ASA

podává až po 24 hodinách po ukončení trombolýzy (KALINA, 2008). Obvykle se podává v dávkách 100-400 mg denně. (AMBLER, 2006). Antiagregační léčba je součástí sekundární prevence CMP či TIA, kde je indikována všem pacientům, kromě pacientů k dlouhodobé léčbě perorální antikoagulaci (ŠKODA, 2006).

1.9.3 ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA

Podávají se nízké dávky heparinu 5000 j. dvakrát denně nebo nízkomolekulární heparin (Fraxiparin) 0,3 ml s.c. jednou denně, které mají příznivý vliv a uplatňují se i v profylaxi žilní trombózy dolních končetin nebo trombembolické nemoci. Může způsobit hemoragickou transformaci. Takže při léčbě heparinem je nutno kontrolovat hemokoagulační faktory (AMBLER, 2006).

1.9.4 PROTIEDÉMOVÁ LÉČBA

Komplikací ischemické CMP může být závažný edém mozku. Obvykle nastupuje v průběhu prvních 24-48 hodinách od vzniku iktu. U nitrolební hypertenze s CMP spočívá základní opatření v poloze zvýšení hlavy do 30 stupňů nad podložku a odstranění všech bolestivých předmětů analgetiky, normalizace tělesné teploty a řádná oxygenace. První volbou medikamentózní léčby je podávání nitrožilní osmoterapie hypertonickým roztokem NaCl. Podávání Manitolu je základním lékem pro těžší případy (AMBLER, 2006).

1.9.5 INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZA

Intravenózní trombolýzu (IVT) popisujeme jako moderní přístup k léčbě ischemických iktů. Cílem trombolytické terapie je rozpuštění trombu, kdy se zprůchodní průtok postižené oblasti mozku po ischemickém iktu. K rozpuštění sraženiny dochází za pomoci trombolytických léků (FEIGIN, 2007). Používá se r-tPA (rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu – Actilyse), který se podává intravenózně a systémově. (AMBLER, 2006)

1.9.5.1 INDIKAČNÍ KRITÉRIA PRO IVT

Indikační kritéria pro IVT jsou při vzniku akutního začátku neurologického deficitu. Důležitý je časový údaj, kdy vznikly první příznaky a dále určit časové okno, které by mělo být do 3 hodin od vzniku iktu (KALINA, 2008). Dle studií

z roku 2008 se terapeutické okno prodlužuje na 4,5 hodiny od prvních příznaků iktu (HERZIG, 2010). Pokud nelze zjistit přesný časový údaj u nemocného, pak se považuje čas, kdy byl nemocný naposledy v úplném pořádku bez příznaků. Další roli hraje věková hranice, kde je IVT indikováno u pacientů starších věku 18 let, někdy se horní věková hranice udává 75 – 80 let, ale na obou stranách jde o relativní parametry (KALINA, 2008). Pomocí CT hlavy vylučujeme intrakraniální krvácení. Doporučuje se léčení pouze zkušeným lékařem v neurologické intenzivní medicíně na jednotkách intenzivní péče (JIP), kde je přístup po celých 24 hodin vyšetření CT (BERLIT, 2007).

1.9.5.2 KONTRAINDIKACE IVT

Kontraindikace dělíme do následujících skupin s příslušnými typickými příznaky.

Klinické – pokud je vznik prvních příznaků delší než 4,5 hodiny. Reprezentuje velice rychlou progresi příznaků a NIHSS (stroke scale) vyšší než 25 bodů a příliš malý deficit nižší než 4 body. Mezi další kontraindikaci řadíme izolovanou ataxii, dysartrii nebo hemianopii, sopor, kóma nebo epileptické záchvaty při vzniku příznaků nebo během doby do IVT. Při hypertenzi nad 185/110 při opakovaném měření nebo když je nutná agresivní terapie vysokého TK (KALINA, 2008).

Typické znaky **anamnestické** IVT jsou pokud proběhla v uplynulém měsíci i drobná CMP. V uplynulých 3 měsících velká CMP nebo kraniocerebrální trauma. Arteriovenózní malformace nebo nezaléčené aneuryzma. V uplynulých 3 týdnech krvácení z urogenitálního nebo zažívacího traktu. V posledních 7 dnech punkce tepny v nestlačitelném místě. Lumbální punkce v posledních 3 dnech. Úraz nebo větší chirurgický zákrok v posledních 14 dnech. Při podezření na infarkt myokardu. Pacient, který užívá Warfarin s INR větším než 1,7 nebo pacient, který dostával heparin (UFH) a jeho aPTT je vyšší než 1,2. Při podání nízkomolekulárního heparinu v posledních 24 hodinách. Další anamnestickou kontraindikací je gravidita, hemoragická diatéza (KALINA, 2008).

Laboratorní – při glykémii nižší než 2,8 – 3,0 a více než 20 – 22 mmol/l. V krevním obrazu trombocyty pod 100000/mm³, INR vyšší než 1,7, aPTT 1,2 a pozitivní těhotenský test, který se ovšem rutinně neprovádí.

Radiologické – nitrolební krvácení, tumor nebo jiné patologie. „Rozsáhlá hypodenzita (znamená buď časnější než udávanou dobu vzniku, nebo velmi rozsáhlý těžký infarkt s vysokým rizikem krvácení)“ (KALINA, 2008, s. 131).

Procesní – pokud je pacient při vědomí bez fatické poruchy a odmítne informovaný souhlas i po podrobné edukaci. Pacient pro afázii není schopen edukaci pochopit a podepsat informovaný souhlas, lze IVT podat, ale je nutné zaznamenat do dokumentace (KALINA, 2008).

1.9.5.3 PRŮBĚH IVT

Podání trombolýzy by mělo být zahájeno co nejdříve, optimálně do 45 minut od přijetí pacienta na iktovou jednotku, po zhodnocení CT vyšetření a dalších vyšetření lékařem. Dávkování Actilyse je stanoveno na 0,9 mg/kg v 10% úvodní bolus i.v. poté pokračovat zbytek během 60 minut injektomatem. Maximální dávka je však 90 mg (BERLIT, 2007). Po zahájení IVT je důležité sledování TK v pravidelných intervalech (v první hodině po 15 min., v následujících 4 hodin po 30 min., poté v hodinových intervalech). Při léčbě systémové trombolýze je doporučeno pravidelné kontrolování stavu vědomí (GCS škála) a neurologického stavu (NIHSS škála) v prvních 6 hodinách každou hodinu po podání IVT, poté každých 24 hodin. Před podáním IVT a ukončení je nutno kontrolovat laboratorním vyšetřením krevní obraz a hemokoagulaci (aPTT, fibrinogen, INR) každých 6 hodin a za 24 hodin po podání IVT (TOMEK, 2012). Pacient nesmí být v tuto dobu a za 24 hodin cévkován a nesmí se podávat intramuskulární injekce, zavádění nazogastrické sondy a centrální žilní katetr. V dalších 24 hodinách se znova zhotoví kontrolní CT mozku, nebo pokud dojde k progresi zdravotního stavu CT se musí zhotovit ihned (EHLER, 2009). Důležité je sledování a pátrání po případných komplikacích (krvácení, zhoršení neurologických příznaků, otok jazyka). Monitorace vitálních funkcí, tělesné teploty a zajištění dostatečné ventilace (ŠILAR, 2009).

Ke komplikacím IVT patří lokální krvácení (místa vpichu, dásně). Intracerebrální nebo masivní krvácení (z nosu, uretery) je velkou komplikací podávání IVT, kde je nutno systémovou trombolýzu ukončit, provést krevní odběry a nativní CT mozku, (TOMEK, 2012). Mohou se objevit alergické reakce v podobě kožní vyrážky, kopřivky, otok jazyku (nejčastěji u nemocných užívající ACE inhibitory), bronchospasmu, hypotenzi až šok. Nežádoucí reakce jako je bolest hlavy, nauzea, zvracení, křeče. U těchto všech komplikací se IVT zastaví dle závažnosti zhodnocení zkušeného lékaře (EHLER, 2011).

1.9.6 INTRAARTERIÁLNÍ TROMBOLÝZA (IAT)

Používá se pouze ve specializačních pracovištích. Cílem lokální intraarteriální trombolýzy je co nejrychlejší rozpuštění krevní sraženiny v akutním uzávěru mozkové tepny. Trombolytikum se podává přímo do trombu ucpávající tepnu. Oproti trombolýze podávané intravenózně má výhodu v tom, že je vysoká koncentrace trombolytika v místě uzávěru a tím nižší celková dávka a menší komplikace zejména u krvácivých stavů. Podává se 10 - 20 mg t-PA v pomalé infúzi 5 minutové a čtyřikrát po sobě, u toho se mezi jednotlivými aplikacemi provádí kontrolní angiogram (GOLDEMUND, 2007). Další výhodou je delší časové okno 6 a elektivně i více hodin (KALINA, 2008). Nevýhody IAT jsou časová prodleva, technická náročnost a vyžaduje erudované intervenční radiology (JURA, 2010).

Někdy se používá kombinovaná intravenózní a intraarteriální trombolýza. Kdy se IVT podává snadno a rychleji a při IAT se kontroluje efekt terapie. Provádí se tehdy, když po podání IVT je prokazatelný přetrvávající uzávěr tepny, poté následuje IAT lokálně (GOLDEMUND, 2007).

1.9.7 SONOTROMBOLÝZA

Jedná se o léčebný postup trombolýzy pomocí ultrazvuku. Mechanismy účinků ultrazvuku je produkce tepla, tvorba kavitací a mikropohyb (KULIHA, 2012). Podle zvolené frekvence a intenzity ultrazvuku je sraženina mechanicky rozrušena nebo dochází ke zlepšení průniku trombolytika a jeho účinku v trombu (GOLDEMUND, 2007).

1.9.8 MECHANICKÁ REKANALIZACE

Jde o efektivní postup léčby, kdy se mechanicky odstraní sraženina, při okluzi větších tepen. S pomocí různých mechanických zařízení (Merci, Soilitare), lze trombus zachytit a vytáhnout. Časové okno je 6-8 hodin od prvních příznaků iktu. Může navázat na IVT i IAT. Provádí se v celkové anestezii nebo pouze v a analgezii (KALINA, 2008).

1.9.9 REHABILITAČNÍ LÉČBA

Rehabilitace je důležitou součástí léčby pacienta po cévní mozkové příhodě. Cílem je dosažení co největší funkční nezávislosti. Měla by být zahájena ihned, jakmile to zdravotní stav pacienta dovolí, což posuzuje multidisciplinární tým specialistů. U mnohých případů rehabilitace začíná již v prvních 24 hodinách po iktu, v jiných případech po několika dnech či týdnech. Obvykle začíná v nemocnici na iktové jednotce či jiném oddělení. Je důležité pokračovat v rehabilitaci i po propuštění z nemocnice, nejčastěji však ve specializovaných ambulantních centrech, nebo doma. Blahodárná je časná rehabilitace již na iktové jednotce.

Během 24 hodin má nad pacientem dohled lékař z oddělení spolu se sestrami. V dalších dvou pracovních dnech by měl přijít fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped a sociální pracovníce. Množství specialistů a rehabilitační program závisí na dopadu mozkové příhody na pacienta. Tým obvykle tvoří lékař, zdravotní sestra, logoped (pokud má pacient potíže s řečí nebo polykáním), pokud pacient potřebuje speciální stravu nebo umělou výživu, tak i dietní sestra, u starších pacientů geriatr, fyzioterapeut, pracovní terapeut a sociální pracovník. Tito specialisté by se měli také podílet na poučení pacienta a jeho rodiny o léčení a rehabilitaci (FEIGIN,2007).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA S CMP

Cílem ošetrovatelské péče je uspokojování všech potřeb pacienta a dosažení maximální soběstačnosti. Důležité je pohlížet na pacienta v holistickém pojetí, kdy nám umožňuje vidět problémy v bio-psycho-sociálně-spirituální rovině. Kvalitní ošetrovatelská péče je pro uzdravení a zařazení do běžného života pacienta vysoce nezbytná. Na ošetrovatelské péči spolupracuje multidisciplinární tým pracovníků (SYSEL, 2011), (TRACHTOVÁ, 2008).

2.1 PÉČE O HYGIENU

Pečlivá hygiena a udržování čistoty je důležitou součástí pro uspokojení pacientovi potřeby a pohody. Patří sem ranní a večerní hygiena, neboli koupel či sprchování, péče o kůži, mytí a česání vlasů, péče o chrup, upravené a dostatečně vypnuté lůžko, čisté osobní a ložní prádlo. U pacienta s CMP je nutné zhodnotit stav soběstačnosti. Pokud pacient nevyžaduje pomoc při hygieně, tak je mu poskytnuta koupelna, kde se může umýt sám nebo s pomocí personálu. Jestliže to pacientův zdravotní stav nedovolí, provádí se hygiena přímo na lůžku. Sestra provádí hygienu, ale snaží se aktivně zapojovat pacienta. Používají se jemná mýdla, regenerační krémy. Promazávání krémem je důležité, aby pokožka zůstávala dostatečně vláčná (MÜLLEROVÁ, 2008). Pečlivé ošetření kůže je důležité především pro prevenci proleženin (dekubitů) a kožních infekcí. U pacientů s CMP mohou dekubity vzniknout jako následek sníženého cití a hybnosti (FEIGIN, 2007).

2.2 PÉČE O OČI A DUTINU ÚSTNÍ

Péče o dutinu ústní je zejména důležité a potřebné u pacientů s poruchou polykání nebo u pacientů, kteří nepolykají vůbec. O ústa by se mělo

pečovat nejméně jednou za hodinu. Používá se otírání zvlhčovacím roztokem nebo gázou. Čisté vlhké gázy se používají rovněž na otírání očních víček. Pacienti se sníženým vědomím, pokud mají delší dobu otevřené oči, tak může dojít k vysychání, což může způsobit oční infekce a vředy rohovky. Abychom zabránili této komplikaci, tak se doporučují oční zvlhčovače, masti nebo umělé slzy a oči se zakrývají gázovými čtverci (FEIGIN, 2007).

2.3 PÉČE O VÝŽIVU A PŘÍJEM POTRAVY

Nejdůležitější v této oblasti je posouzení polykání. Porušené polykání může být různého typu či stupně. Nutné je si všímat polykání při jedení nebo napití. Ovšem polykání se posuzuje hned při příjmu do nemocnice, kdy je pacient při vědomí a podá se mu menší množství vody. Tuto zkoušku provádí pouze profesionální zdravotník. Nejsou-li u pacienta potíže s polykáním, může dostávat stravu normální (dieta racionální). Strava by měla být chutná a vyvážená a obsahovat dostatek vlákniny, vitamínů, minerálů a stopových prvků.

Důležité je zhodnocení pacienta do jaké míry se dokáže najíst sám. Mnoho pacientů však vyžaduje pomoc sestry. Doporučuje se podávat stravu do nepostižené poloviny úst, kdy je pak nutná kontrola i postižené poloviny úst, zda tam nezůstaly zbytky stravy. Z počátku se doporučuje také používat talíře s vysokým okrajem, z důvodu vystřikování jídla ven z talíře. Talíř se umísťuje na neklouzavý povrch. Mohou se používat rovněž různé pomůcky, pro jedení pouze jednou rukou, jsou to speciální pohárky, které lze připevnit pevně ke stolu. Pro prevenci dušení, zaskočení, aspirační pneumonie se doporučuje jíst výhradně v sedě.

Jestliže má pacient potíže s polykáním, tak je standartní přizvání logopeda, který plně zhodnotí potíže s polykáním a doporučí jakou konzistenci jídel či tekutin může pacient bezpečně polykat. Logoped rovněž poradí jakým určitým jídlům se vyvarovat (tvrdé, suché, drobné). Nápoje lze zahušťovat speciálními přípravky (Thicken-Up, Agar Flakes, Karicare Food Thickener).

Pokud pacient nezvládá příjem potravy ústy, tak je na místě dočasné zavedení nazogastrické sondy (NGS), která se zavádí přes nos do žaludku. Zde se podává tekutá strava (Nutrison), tekutiny a drcené léky. U závažnějších případů, nebo když pacient NGS nesnáší, lze výživu zavést skrz břišní stěnu do žaludku – perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG). Další možností je parenterální výživa, kdy se periferní žilní kanyla zavádí do nepostížené končetiny, u centrálního žilního katetru se rovněž zavádí do nepostížené poloviny těla (FEIGIN, 2007), (LAURENČÍKOVÁ, 2007), (ZATLOUKALOVÁ, 2011).

2.4 PÉČE O VYPRAZDŇOVÁNÍ

V prvních týdnech po iktu jsou relativně časté dysfunkce močového měchýře a střev (inkontinence či retence), hlavně u pacientů zmatených nebo psychomotoricky zpomalených. Kontrola nad vyměšováním se často upraví do několika týdnů. U pacientů s inkontinencí je důležitá časná výměna mokrých či zašpiněných plen. Výhodu mají muži, kteří mohou používat močovou lahev (bažanta), tím zůstávají v suchu (FEIGIN, 2007).

Při poruše vyprazdňování močového měchýře se zavádí permanentní močový katétr (PMK), který samovolně odvádí moč. Sestra pak sleduje odvod moči, příměsi, hustotu a diurézu (SLEZÁKOVÁ, 2007). Délétrvající zavedení PMK (týden a více) je rizikem pro vznik infekce močového ústrojí, která může vyvolat komplikaci jako je smrtící sepse. Většinou se doporučuje časté cévkování, ale ne na dlouhou dobu a přitom vyplachování močového měchýře antiseptikem. Dojde-li k infekci, pak lékař ordinuje antibiotickou léčbu.

Pro pacienty je také velice důležitá správná činnost střev. Pravidelná stolice alespoň jednou za dva až tři dny. U pacientů po mozkové příhodě se nejčastěji objevuje zácpa. Zácpu ovšem mohou způsobit některé léky, které jsou pacientovi podávány, ale i imobilizace, změna prostředí a stravovací návyky. Důležité je podávání dostatečného příjmu tekutin pacientovi (nejméně 2 litry za den), dostatek vlákniny (ovoce a zelenina) a dostatek aktivity. Jako

poslední možnost se mohou podávat látky změkčující stolici (laxativa) nebo čípky či klyzma. Při inkontinenci se používají kalhotové pleny, kde je nutné dbát na pravidelnou kontrolu a případnou výměnu. Sestra by měla dbát na dostatečné umytí genitálií a ošetření ochranným krémem, jako prevenci opruzenin (FEIGIN, 2007).

2.5 PÉČE O POLOHOVÁNÍ NA LŮŽKU A MOBILIZACI

Nejpohodlnější a zároveň nejvýhodnější je přístup k posteli pacienta ze dvou stran. Doporučuje se k pacientovi přistupovat z postižené strany. U imobilních pacientů má pečlivé polohování význam zejména v prevenci komplikací jako jsou proleženiny, tvorba krevních sraženin, kloubní kontraktury bolesti ramene a pneumonie. Vhodné je polohovat imobilního pacienta na nepostiženou polovinu těla, neboť je zde větší riziko vzniku proleženin a syndrom „bolestivého ramene“. Dále je důležité podkládání končetin molitanovými pásy a jinými pomůckami (FEIGIN, 2007).

Mobilizace pacienta by měla být pozvolná a v následujícím pořadí. Nejprve se provádí pasivní cvičení a pohyb v lůžku, poté sezení na lůžku, dále sezení na lůžku s nohama spuštěnými dolů, stání u postele, pohyb k židli, sezení na židli a chůze po hladkém povrchu. Je zvláště důležité, aby se pacient neustále snažil dostat se na vyšší úroveň soběstačnosti. Pacient by měl být povzbuzován a motivován, protože je velmi důležité, aby dokázal ovládat svoji ochrnutou ruku nebo nohu (KLUSOŇOVÁ, 2000).

2.6 PÉČE O KOMUNIKACI (ŘEČ A PSANÍ)

Nejčastějším příznakem mozkové mrtvice je nějaký druh jazykové poruchy. Patří sem špatně srozumitelná mluva, neschopnost najít správné slovo, používání nesmyslných slov, neschopnost vyslovovat, i když není řeč nijak porušena (řečová apraxie), neschopnost psát nebo rozumět psanému slovu. Lidé s těmito poruchami snadno podlehnou frustraci či depresi, proto je

velmi důležité nemocné po iktu povzbuzovat a trénovat mluvení a psaní. Měli bychom zařazovat všechny formy komunikace a to psaní, gesta, posunky, kreslení. Nutné je se vyhýbat kritice, když se nezdaří nemocnému použít slovo správně. Důležité je poskytnout nemocnému dostatečný čas na odpověď a případné chyby zlehčovat. K těmto pacientům dochází logoped. Ten může doporučit a předepsat speciální řečový program, jako je poslouchání rozhovoru druhých, snaha komunikovat, včetně, psaní, kreslení a oční kontakt. Diskuse o tématu, které zajímá pacienta, velice pomáhá třeba o rodinných příslušnících a jiných záležitostech. Pro pacienty je důležité, aby si představili v mysli, co chtějí říci a vytvořit si vlastní obraz (FEIGIN, 2007).

2.7 PÉČE O SMYSLY A EMOČNÍ PROBLÉMY

U pacientů po CMP se mohou objevit různé druhy postižení. Většinou se objevuje ztráta citu v ruce nebo noze. Obvykle neomezí běžní denní aktivity, ale je třeba zvýšené opatrnosti. Může dojít třeba k pořezání při holení, nebo při vaření, kdy se může opařit horkou vodou. Pacienti, kteří ztratili polovinu zorného pole (hemianopie), nebo mají problémy s prostorovou orientací, mohou při běžných denních činnostech narážet do objektů na postižené straně, protože je nevidí nebo objekty nepoznávají. Po iktu se může objevit „neglect syndrom“, který je vzácnější, ale zároveň komplikovanější. Projevuje se nevšímáním si postižené strany těla. Pacient s tímto postižením si obleče nebo vysvěče jen jednu polovinu těla, jídlo sní jen z jedné poloviny talíře a naráží do předmětů na postižené straně.

Emoční problémy u pacientů se mohou vytvořit ihned po iktu v důsledku přímého poškození pacientových schopností. Objevují se s různě závažnými problémy. Emoční problémy mohou vznikat v pozdějších fázích, když si pacient uvědomí dopad postižení na jeho soběstačnost a další následky. Nejčastěji se vyskytuje podrážděnost, náladovost a vztek. Ve většině případů se emoční pocity postupem času zmírní. Pokud však trvají, mohou vést až k odmítnutí léčby a hospitalizace. Tím je ovlivněna prognóza možného zotavení. Jak už bylo řečeno, ze všeho nejdůležitější je motivace od zdravotnického personálu, rodiny a přátel (FEIGIN, 2007)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S CEVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU ISCHEMICKOU

Tabulka 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: J. Č.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1948	Věk: 66
Adresa bydliště a telefon: Rybník, Ústí nad Orlicí	
Rodné číslo: 480000/000	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: vyučen	Zaměstnání: důchodce
Stav: ženatý	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 1. 1. 2014	Typ přijetí: neodkladné
Oddělení: neurologická JIP	Ošetřující lékař: MUDr. A. Ž.

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Pacientovi je hůře rozumět pro dysartrii „nešlo mi moc mluvit, nemohl jsem hýbat s pravou rukou, noha byla lepší.“

Medicínská diagnóza hlavní:

I 635 – Mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenzní nemoc (dnes bez medikace)

G 810 – chabá hemiplegie

R 471 – dysartrie

Tabulka 2 Vitální funkce při přijetí

TK: 151/98	Výška: 168 cm
P: 69/min (pravidelný)	Hmotnost: 70 kg
D: 12/min	BMI: 24,8 (norma)
TT: 36,5 °C	Pohyblivost: omezena (pravostranná paréza)
Stav vědomí: při vědomí, orientovaný	Krevní skupina: B+

Nynější onemocnění:

Začátek potíží dnes po obědě, cca 12:15. Náhle vzniklá porucha řeči, spíše výslovnosti, slova si vybavoval správně, rozuměl dobře. Byla zhoršena hybnost pravostranných končetin, více na PHK, spíše v oblasti ruky, zápěstí. PDK jen lehce zhoršena, porucha citlivosti není, v úvodu elevace TK 203/106, při příjezdu na neu – JIP 151/98 bez léčby, bez vývoje. Laboratoř v normě indikována IVT v 14:10 hod.

Informační zdroje:

Rozhovor s pacientem a rodinou, zdravotnická dokumentace, vlastní pozorování.

3.1 ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 70 letech – léčila se srdcem

Otec: zemřel v 79 letech – selhání srdce

Sourozenci: mladší bratr - hypertenze

Děti: 2 děti (syn, dcera) - zdravé

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění: dříve se léčil s hypertenzí, běžné dětské nemoci, vážněji nestonal

Hospitalizace a operace: operace nebyla, hospitalizován nikdy před tím nebyl

Úrazy: neguje

Transfúze: neguje

Očkování: povinné očkování

Léková anamnéza:

Bez medikace, občas Paralen, Ibalgin nebo Algifen.

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: občas pije pivo, cca 2-3x do týdne

Kouření: neguje

Káva: neguje

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

Urologická anamnéza:

Urologické potíže nemá, samovyšetření varlat neprovádí

Sociální anamnéza:

Stav: ženatý

Bytové podmínky: rodinný dům

Vztahy, role a interakce v rodině: žije s manželkou v rodinném domě, který je se zahradou. Ve vztazích s rodinou problémy nemá, s dětmi a ostatními příbuznými se navštěvují často. Pokud nastane nějaký problém, tak se ho snaží vyřešit společně.

Vztahy, role a interakce mimo rodinu: Je kamarádský a společenský typ. Stýká se hlavně s rodinou a pravidelně s kamarády, se kterými v mládí i v dospělosti hrál fotbal. Se sousedy rovněž nemá problémy.

Záliby: četba, kutilství, procházky

Volnočasové aktivity: sledování televize, hlavně sportovní kanál, domácí zvířata

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: nyní důchodce, dříve pracoval v zemědělství

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: v zemědělství pracoval od mládí, do starobního důchodu odešel v důchodovém věku

Vztahy na pracovišti: velmi dobré

Ekonomické podmínky: přiměřené

Spirituální anamnéza:

ateista

3. 2 POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Posouzení současného stavu ze dne 1. 1. 2014 15:00 hod

Popis fyzického stavu:		
SYSTÉM:	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE:	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE:
Hlava a krk:	„Hlava a krk mě nebolí.“	Hlava normocefalická, na poklep nebolestivá, bez meningeálního dráždění. Vyšetření hlavových nervů – VII. mimika asymetrická, insuficience pravého koutku, XII. jazyk ad 1.dx, ostatní v normě, dysartrie, ale lze rozumět. Oči - bulby ve středním postavení, volně pohyblivé všemi směry, zornice izokorické, bez nystagmu, nosí brýle na dálku. Uši - čisté bez výpotku, slyší dobře. Nos - bez výpotku a deformit, chrup vlastní, jazyk vlhký, plazí doprava, polyká dobře, čítí v obličeji bez poruch. Krk - souměrný, pulsace karotid symetrické, štítná žláza nezvětšena.
Hrudník a dýchací systém:	„Dýchá se mi dobře.“	Hrudník souměrný, bez deformit, dýchání poslechově čisté, sklípkové, bez vedlejších

		fenoménů, bez dušnosti a cyanózy. Počet dechů 12/min, SpO ₂ 97 % bez inhalace O ₂ .
Srdečně cévní systém:	„Na hrudi mě nebolí. Dříve jsem se léčil s vysokým krevním tlakem.“	Srdeční rytmus sinusový, akce pravidelná, frekvence 69 tepů/min, TK 150/98, periferie prokrveny, ozvy ohraničené.
Břicho a GIT:	„Břicho mě nebolí, nemám potíže s vyprazdňováním, na stolici chodím každé ráno.“	Břicho v úrovni hrudníku, měkké, palpačně prohmatné, nebolestivé, peristaltika slyšitelná. Na stolici od přijetí nebyl – byl doma dnes ráno, větry odchází. Hydratace dobrá.
Močový a pohlavní systém:	„Potíže s močením jsem nikdy neměl, nyní mám zavedenou hadičku, která mi moč odvádí sama.“	Genitál mužský, okolí čisté, suché. Zaveden PMK č. 16, odvádí čistou moč, bez makroskopických známek hematurie. Plán vyrovnané bilance tekutin.
Kosterní a svalový systém:	„Teď nemůžu moc dobře hýbat s pravou rukou, ale noha je lepší.“	Pacient má klidový režim na lůžku, leží. HKK bez svalových atrofií, tonus vpravo lehce snížen, při zvednutí končetin nad podložku, vpravo pokles v rameni mírný,

		přepadávaní ruky, oslabena síla stisku, dáno parézou, čití zachováno, vlevo bez známek postižení. DKK bez atrofií, svalový tonus přiměřený, při zvednutí nad podložku vlevo udrží, vpravo instabilita s latencí, čití zachováno. Končetiny bez tvarových deformit, bez otoků.
Nervový systém a smysly:	„Vím, že jsem měl mrtvičku a proto ležím na neurologické JIP.“	Pacient lucidní, orientace v základních směrech správná, spolupracuje, komunikuje, řeč dysartrická, hůře artikuluje, ale lze rozumět, bez afázie, pac. rozumí, vyhoví. Nosí brýle na dálku, ostatní smysly bez poruchy.
Endokrinní systém:	„S cukrovkou se neléčím, ani se štítnou žlázou problémy nemám.“	Štítná žláza nebolestivá, nezvětšena, diabetes melitus neg, hodnoty glykémie v normě.
Imunologický systém:	„Alergický nejsem na nic, léky na podporu imunity žádné neberu.“	Lymfatické uzliny nezvětšeny, tělesná teplota v normě 36,5 °C, bez známek zánětu.

Kůže a její adnexa:	„Nikdy jsem na žádné vyrážky netrpěl, zhruba jednou do roka se mi udělal opar na ústech, manželka mi dala mastičku a pak zmizel.“	Kůže bez defektů a otoků, prokrvená, růžová, turgor v normě, bez známek dehydratace, prsty bez deformit, nehty čisté a upravené, vlasy střižené na krátko, spíše prošedivělé. Na předloktí LHK zaveden PŽK 1. den, klasifikace tíže flebitis dle Maddona – 0 bodů
----------------------------	---	---

Poznámky z tělesné prohlídky:

Pacient zcela spolupracuje, klidný, udržuje oční kontakt. Řeč dysartrická, ale lze rozumět.

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování:	doma	„Dietu nedržím, snažím se jíst 4x denně, snídaně, oběd, svačina a večeře, nemusím sladké, jsem spíš na maso.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„V nemocnici mi chutná, vaří tu dobře, většinou sním celé porce.“	Pacient má ordinovanou dietu č. 3 (racionální), polyká dobře, BMI – 24,8.

Příjem tekutin:	doma	„Pitný režim dodržuju, vypiji 2-3l denně, jak kdy, většinou piji minerální vody nebo obyčejnou vodu se šťávou, cca třikrát do týdne si dám pivo.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Mám tady čaj na stolečku po pravé straně, který si podám sám levou rukou, sestřička mi vždycky doleje.“	Pacient polyká dobře, hrníček si podá sám, je sledována bilance tekutin po 6 hod. další příjem je infúzí, Plasmalyte 1000ml na 24 hod.
Vylučování moče:	doma	„Nemám potíže s močením.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Mám zavedenou hadičku na močení“	Pacient má zaveden PMK č. 16, 1. den, odvádí čirou moč, bez příměsí, sledována bilance tekutin.
Vylučování stolice:	doma	„Doma chodím každé ráno na stolicí.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Zatím na stolicí nepotřebuji, protože jsem byl ráno, než se mi to přihodilo.“	Pacient se zatím nevyprázdnil, vyprazdňovat se zatím bude na podložní míse v lůžku.

Spánek a bdění:	doma	„Doma spím dobře, občas se probudím ze snu, ale to je asi normální, spím tak 8 hodin denně“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Ještě jsem tady nespál.“	Pacient je hospitalizován první den, nelze zcela posoudit.
Aktivita a odpočinek:	doma	„S manželkou chodíme na procházky a přitom venčíme našeho pejska, máme jezevčíka, rád čtu a sleduji televizi.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Tady musím ještě prý ležet, ale už se těším, až vstanu.“	Pacient má ordinovaný zatím klid na lůžku, který dodržuje, na pokoji může sledovat TV nebo poslouchat rádio či číst knihu.
Hygiena:	doma	„Doma se většinou sprchuji každý večer, mám rád vlažnou vodu.“	Nelze objektivně posoudit.

	v nemocnici	„Ještě jsem se zde nemyl, prý mne ráno sestřičky pomůžou tady v posteli.“	První dva dny bude hygiena u pacienta prováděna na lůžku, pak dle stavu a vývoje bude moci do sprchy, buď na koupacím lůžku nebo na sedačce. Hygienu zajistí ošetřující personál.
Soběstačnost:	doma	„Vše jsem si doma obstaral sám.“	Nelze objektivně posoudit.
	v nemocnici	„Nejde mi moc dobře hýbat s pravou rukou, jsem pravák, tak mi to nejde, snažím se levou rukou, noha je lepší, tak snad budu moci chodit.“	Pacient má zatím naordinován klidový režim, leží na elektronicky ovladatelným lůžku s antidekubitární matrací. Nutná dopomoc ve všech denních aktivitách.

Posouzení psychického stavu

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí:	„Pamatuji si vše, co se stalo, vím, proč jsem v nemocnici.“	Pacient je při plném vědomí. GCS 15b
Orientace:	„vím, kde jsem, kolikátého je dnes i co je za den.“	Orientován všemi směry
Nálada:	„Náladu moc dobrou teda	Pacient má strach

		nemám, nedokážu si představit, jak to se mnou bude dál.“	z onemocnění, že se o sebe nedokáže postarat sám, že se mu hůře mluví, vyjadřuje pocit nejistoty, co bude do budoucnosti.
Paměť:	staropaměť	„Pamatuji si věci z dřívějšíka, nemám potíže s pamětí.“	Vybavuje si věci z minulosti dobře.
	novopaměť	„nemám potíže si zapamatovat věci, ale ty co mě nezajímají, tak vypouštím ven.“	Výbavnost nenarušena, hůře artikuluje.
Myšlení:		„Nepřijde mi, že bych s tím měl potíže, většinou přemýšlím, pak konám.“	Myšlení je logické, otázkám rozumí, dysartrie, ale lze mu dobře rozumět.
Temperament:		„Myslím, že jsem od každého něco.“	Pacient se jeví jako sangvinik, extrovert
Sebehodnocení:		„Nevím, jak bych se ohodnotil, snad se to zlepší.“	Pacient se nedokáže ohodnotit, ale doufá, že se to zlepší, zdá se vyrovnaný, i když má obavy.
Vnímání zdraví:		„Nikdy jsem závažněji nestonal a náhle mě postihlo tohle.“	Pacient dodržuje léčebný plán a je přepadený z toho co se stalo.

Vnímání zdravotního stavu:	<p>„Snad se to co nejdříve zlepší a budu co nejdříve doma.“</p>	<p>Pacient je lékařem informován o své diagnóze a průběhu léčby, souhlasil s podáním IVT.</p>
Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění:	<p>„Ležím v nemocnici poprvé, nikdy před tím jsem žádné problémy neměl a tohle přišlo tak náhle, mám obavy, jak vše bude dál.“</p>	<p>Pacient má obavy ze svého onemocnění, postihla ho CMP, byla podána IVT, kde dochází k postupné regresi příznaků, doufá, že se to zlepší.</p>
Reakce na hospitalizaci:	<p>„Jsem rád, že jsem v nemocnici, že se tady o mě postarají.“</p>	<p>Odpovídající na zdravotní stav.</p>
Adaptace na onemocnění:	<p>„Pokusím se co nejvíce o soběstačnost, prý za mnou bude chodit rehabilitační sestra, se kterou budu cvičit tu pravou stranu.“</p>	<p>Pacient se s onemocněním zatím vyrovnává, z jeho výrazu lze pozorovat nejistota a strach z budoucnosti.</p>
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres):	<p>„Jak už jsem říkal, mám strach z toho, co bude dál, jak budu fungovat doma.“</p>	<p>Pacient sděluje obavu a neverbálně komunikuje – smutné oči, krčí čelo, pohybuje postiženými končetinami, míra je přiměřena zdravotního stavu.</p>

Zkušenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie):	„Jsem v nemocnici poprvé, jsou tady na mě hodní.“	Pacient je hospitalizován poprvé v životě, nemá zkušenosti s předchozí hospitalizací.	
Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace:	Verbální	„Nejde mi dobře vyslovovat.“	Pacient má v rámci základního onemocnění dysartrii, ale lze mu dobře rozumět, hůře artikuluje.
	Neverbální	„Každý snad komunikuje nejen slovy.“	Rozhovor s pacientem doprovázen neverbální komunikací, oční kontakt udržuje, gesta spíše levou rukou.
Informovanost:	o onemocnění	„Lékař mi sdělit vše k mému onemocnění, mrtvičce.“	Pacient i jeho rodina jsou podrobně informováni o diagnóze a léčebném plánu.
	o diagnostických metodách	„Byl jsem na tom CT a ještě prý půjdu na další vyšetření.“	Pacient souhlasil se všemi diag. metodami, před kterými bude vždy informován, včetně laboratorních odběrů dle IVT protokolu, pro pravostrannou parézu, není schopen podpisu.

	o specifikách ošetrovateľskej péče	„Sestričky se o mě budou starat.“	Pacient je brán v holistickém pojetí, specifika oše. péče budou na dané onemocnění, CMP.
	o léčbě a dietě	„Vše o léčbě mi lékař vysvětlil, dietu mám normální.“	Pacient byl informovaný o možnostech léčby včetně rizicích, pro parézu PHK nebyl schopen podpisu informovaného souhlasu k podání IVT, souhlasil verbálně, byl o tom proveden zápis včetně svědků. Dieta ordinována racionální. Informován o domácím řádu a svých právech. Na JIP monitorace vitálních funkcí kontinuálně.
	o délce hospitalizace	„Teď prý budu muset být na jipce a dle mého stavu mě pak dají na normální oddělení.“	Pacient byl informován, že minimálně 24h bude muset být na NEU-JIP a dle stavu bude přeložen na standardní neurologické oddělení, zatím nelze udat přesný odhad hospitalizace.

Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:	primární role (související s věkem a pohlavím):	„Muž“	Muž 66 let, role ovlivněna aktuálním zdravotním stavem.
	sekundární role (související s rodinou a společenskými funkcemi):	„Jsem manžel, otec, strýc, dědeček.“	Pacient. Pro pacienta jsou role zcela naplněny.
	terciální role (související s volným časem a zálibami):	„Kamarád“	Pacient má rád společnost.

MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

Provedeno – CT mozku nativní a perfúzní vyšetření, CTA extra a intrakran. mozkových tepen, laboratorní vyš. dle IVT protokolu

Plánováno – Interní vyš., MR, RTG S+P, glykemický profil, logopedické vyš., rehabilitační vyš.

Vyšetření krve ze dne 1. 1. 2014

Biochemie – neurologický soubor

Hematologie – dle IVT protokolu (APTT, INR, Fibrinogen, KO, KS)

Tabulka 3 Výsledky laboratorních vyšetření

Biochemie:	Hodnota:	Jednotka:	Norma:
Močovina	6,98	mmol/l	2,80 – 8,00
Kreatinin	101,6	umol/l	44,0 – 110,0
Sodík	140,09	mmol/l	137,0 – 146,0

Draslík	3,74	mmol/l	3,80 – 5,0
Chlorid	102,47	mmol/l	97,0 – 108,0
Bilirub. celk.	5,4	umol/l	5,0 – 21,0
Bilirub. přímý	2,6	umol/l	0,0 – 5,1
ALT	0,18	ukat/l	0,10 – 0,78
AST	0,39	ukat/l	0,05 – 0,72
GMT	0,56	ukat/l	0,14 – 0,84
Glukóza	4,46	mmol/l	3,80 – 5,6
Cholesterol	5,21	mg/l	2,90 – 5,0
Hematologie:	Hodnota:	Jednotka:	Norma:
Lekoucyty	$7,301 \times 10^9$	l	3,9 – 9,4
Erytrocyty	$5,778 \times 10^{12}$	l	4,5 – 5,8
Hemoglobin	168,9	g/l	135 – 175
Hematokrit	48		40 – 50
Střed. objem ERY	83,24	fl	82 – 98
Barevná koncentr.	351,1	g/l	320 – 360
Hemoglobin ERY	29,23	pg	28 – 34
Trombocyty	$238,4 \times 10^9$	l	150 – 362
Distribuční šíře ERY	11,94	%	11 – 15,2
Střed. objem destiče	7,073	fl	7,8 – 11
Distr. křivka trombo	18,55	%	12 – 23
Segment neutrofilní	0,627		0,48 – 0,7
Lymfocyt	0,222		0,23 – 0,45
Monocyt	0,073		0,02 – 0,11
Eosinofilní segment	0,063		0,01 – 0,04
Basofilní segment	0,016		0 – 0,01
Protrombinový test:			
INR – antikoag. léčb	1	INR	2 – 4,5

PT – Ratio	1		0,8 – 1,2
APPT index:			
APPT pacient	25,5	s	
APPT index	0,87	IND	0,8 – 1,2
Fibrinogen	2,41	g/l	1,8 – 4,2
KS	B ⁺		

Další laboratorní výsledky dle trombolytického protokolu v normě.

Přístrojové vyšetření, výsledky:

CT mozku nativní a perfúzní vyšetření – Komorový systém přiměřené šíře, subarachnoidální prostory nerozšířeny, supra i infratentoriálně bez ložiskových změn, pravá maxil. Dutina je vyplněna zbytnělou sliznicí, jinak přiměřený nález na skeletu a PND v zachyceném rozsahu, na perfúzních mapách bez zřetelné asymetrie. Závěr: Věku přiměřený nález na nativním CT mozku. Při perfúzním vyš. bez patrné poruchy perfúze v zachyceném rozsahu.

CTA extra a intrakran. mozkových tepen – Neprokuje hemodyn. Významnou stenózu nebo uzávěr. Výrazný měkký plát v bulbu ACI sin., nerovnosti lumen ACI bilat. a aneurysma ACI dx v C1, mohou být při arteritidě, nebo fibromuskulární dysplázii. ACC norm. průchodná, lumen hladké, bez stenózy. ACE jsou průchodné, AV bilat. a AB norm. průchodné. Jinak Willisův okruh a jeho hlavní větve jsou norm. průchodné, bez detekce aneurysmatu. Aort. oblouk a odstupy a. subc. jsou norm. vzhledu.

CT mozku – nativní kontrola – Stacionární nález bez čerstvých ložisek, bez známek krvácení.

MR mozku – Prokazuje vícečetná ložiska akutní ischemie v povodí ACM vlevo.

RTG S+P vleže – Přiměřený nález na nitrohruď. orgánech.

EKG – Sinusový rytmus, PQ 0,14 QRS 0,06 ST isoel plošší neg T v III.

Konzervativní léčba:

Dieta: 3 (racionální)

Pohybový režim: 4. klidový režim na lůžku

RHB: ordinována od 2.1.2014

Výživa: per os

Medikamentózní léčba:**Per os:**

Sortis 20 mg 0 – 0 – 1

Anopyrin 100 mg 0 – 1 – 0

(dle kontrol. CT mozku)

Intra venózní:

Degan 10 mg amp i.v. á 12 hod 8h 18h

Quamatel 20 mg amp i.v. á 12 hod 8h 18h

Plasmalyte 1000 ml + 1 amp MgSo₄ 20% 10 – 10 h (24 h) –
denně

Actilyse bolus 6,5 mg násl. perfusorem 58,5 mg 14:10 – 15:10h

Subkutánně:

Clexane 0,4 ml s.c. á 24 hod 18h

(dle kontrol. CT mozku)

Chirurgická léčba: neindikována

SITUAČNÍ ANALÝZA:

66letý pacient přijat dne 1. 1. 2014 na NEU – JIP iktového centra v 14:00 hod. pro poruchu řeči (spíše výslovnosti), zhoršenou hybnost pravostranných končetin, více na PHK, pokles pravého koutku. Příjmová diagnóza – mozkový infarkt způsobený neurčenou okluzí nebo stenózou, na základě příznaků a vyšetření byla lékařem indikována léčba IVT v 14:10 – 15:10 hod., dle trombolytického protokolu.

Pacient při vědomí, orientovaný všemi směry, snaží se komunikovat a spolupracuje (GCS 15b). Řeč a hybnost je omezena pro dysartrii a pravostrannou parézu, avšak postupně dochází k ústupu příznaků. NIHSS při přijetí 5 bodů, zhodnocení po 2 hod. NIHSS 3 body. Kardiopulmonálně stabilizovaný, v úvodu elevace TK 151/98, P – 69', D – 12', SpO₂ – 97 %. Pacient má ordinovaný klid na lůžku, který dodržuje. Leží na polohovacím lůžku s antidekubitární matrací, malá dopomoc při polohování (rozšířená stupnice rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 28 bodů). Střední závislost na ošetřovatelském personálu (Barthelův test základních všedních činností – 50 bodů). Dieta ordinována racionální (BMI – 24,8). Stravu a tekutiny přijímá per os, polyká dobře. Pacient má zaveden PŽK na předloktí levé horní končetiny 1. den (klasifikace tíže tromboflebitis dle Maddona – 0 stupeň). Dále má zaveden PMK č. 16, 1. den, který odvádí čirou moč, také je sledována bilance tekutin á 6 hod. s plánem vyrovnané bilance tekutin.

Pacient je ve starobním důchodu, bydlí s manželkou v rodinném domě, má dvě děti a tři vnoučata – zdravé. Rodinné vztahy mají velice dobré. Nyní má obavy ze svého onemocnění, ale doufá, že se mu řeč a hybnost pravostranných končetinlepší.

3.3 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie II. (2012 – 2014) a jejich uspořádání dle priorit.

Aktuální:

Zhoršená tělesná pohyblivost 00082

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Určující znaky:

- omezený rozsah pohybu
- omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti

Související faktory:

- neuromuskulární poškození

Deficit sebeděče při koupání 00108

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny

Související faktory:

- Neuromuskulární poškození

Deficit sebeděče při oblékání 00109

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Určující znaky:

- neschopnost obléknout si oblečení na horní a dolní části těla

Související faktory:

- Neuromuskulární poškození

Deficit sebeděče při vyprazdňování 00193

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Určující znaky:

- neschopnost přemístit se na toaletu nebo pojízdný klozet

Související faktory:

- Neuromuskulární poškození

Zhoršená verbální komunikace 00051

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Určující znaky:

- potíže s tvorbou slov (dysartrie)
- špatná artikulace

Související faktory:

- snížený průtok krve mozkem (mozkový infarkt)

Strach 00148

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Určující znaky:

- uvádí strach
- uvádí obavy
- identifikuje předmět strachu

Související faktory:

- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)

Potencionální:

Riziko krvácení 00206

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Rizikové faktory:

- vedlejší účinky spojené s léčbou (Intravenózní trombolýza)

Riziko infekce 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana, zavedení PŽK
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Riziko infekce 00004

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana, zavedení PMK
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Riziko pádu 000155

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Rizikové faktory:

- používání pomůcek (chodítka)
- paréza PDK

Ošetřovatelská diagnóza:

Riziko krvácení 00206

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory:

- Vedlejší účinky spojené s léčbou (Intravenózní trombolýza)

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý:

- U pacienta jsou včas zachyceny projevy krvácení po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- U pacienta jsou sledovány krvácivé projevy zejména po podání IVT do 24 hod

Výsledná kritéria:

- Pacient aktivně vyhledává krvácivé projevy po dobu hospitalizace
- Pacient zná příčiny případného vzniku krvácení do 10 min
- Pacient ví, jak postupovat při zjištění krvácivých projevů do 10 min

Plán intervencí:

1. Zajisti informovaný souhlas s podáním IVT ihned při přijetí – lékař, sestra
2. Informuj pacienta o možnostech krvácení, zejména o jejich projevech ihned při přijetí a před podáním IVT, zaznamenej do edukační dokumentace – lékař, sestra
3. Pouč důkladně pacienta, že při zjištění veškerých krvácivých projevů musí toto ihned hlásit lékaři nebo sestře, při přijetí – sestra
4. Prováděj laboratorní odběry dle trombolytického protokolu a dále dle ordinace lékaře, vždy – sestra
5. Objednej dle ordinace lékaře mraženou plasmu a ery masu, vždy – sestra
6. Informuj lékaře po obdržení laboratorních výsledků ihned, vždy – sestra
7. Sleduj krvácivé projevy, zejména v místě vpichu, z dásní, GIT, urogenitální, každých 10 min současně při podávání IVT, vždy – sestra
8. Pátrej po možných známkách krvácivých projevů po aplikaci trombolytika nejméně po 30 min. 24 hodin – sestra
9. Při známkách krvácivých projevů ihned informuj lékaře, vždy – sestra
10. Monitoruj vitální funkce u pacienta kontinuálně, denně – sestra
11. Vše pečlivě zaznamenej do zdravotnické dokumentace, vždy – sestra, lékař

Realizace:**1. 1. 2014**

- Pacient byl informovaný o rizicích krvácivých projevů a jejich příčinách, souhlasil s podáním IVT, vše zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.
- Provedeny laboratorní odběry dle trombolytického protokolu, vše hlášeno lékaři. Aktivní pátrání po krvácivých projevech probíhalo každých 10 min. při podávání trombolytika a dalších 30 min 24 hodin po aplikaci.
- Monitorace vitálních funkcí kontinuálně.

2.1.2014

- Provedení laboratorních odběrů dle trombolytického protokolu, vše hlášeno lékaři. Provedeno kontrolní CT mozku k vyloučení hemorhagie. Během dne pátrání po známkách krvácení.
- Stálá monitorace vitálních funkcí.

3.1.2014

- Aktivní pátrání po krvácení, sledování vitální funkcí kontinuálně. Vše pečlivě zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Pacient souhlasil s léčbou a byl poučen o příčinách případného krvácení při léčbě IVT. U pacienta byly sledovány krvácivé projevy, ke kterým při hospitalizaci nedošlo. Sledovali se kontinuálně vitální funkce.

Cíl splněn.

Pokračující intervence:

3., 4., 9., 10., 11.

U pacienta je nadále nutno sledovat průběžně krvácivé projevy a vitální funkce, dle ordinace lékaře provádět laboratorní odběry.

Ošetřovatelská diagnóza:

Zhoršená tělesná pohyblivost – 00082

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Určující znaky:

- Omezený rozsah pohybu
- Omezená schopnost provádět jemné motorické dovednosti

Související faktory:

- neuromuskulární poškození

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

- Pacient je ochotný účastnit se aktivit po celou dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- Pacient si osvojí postupy a způsoby umožňující prováděcí činnosti do 3 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient nemá poškozenou kožní integritu a je bez kontraktur a jiných následků do konce doby hospitalizace
- Pacient udržuje správnou polohu a držení těla při sedu a chůzi do konce doby hospitalizace
- Pacient zná způsoby jak správně používat chodítka či berle při chůzi do 3 dnů
- Pacient umí správně a bezpečně měnit polohu v lůžku do 1 dne
- Pacient umí používat prostředky, kompenzační pomůcky do 1 dne

Plán intervencí:

1. Zhodnot' funkční úroveň soběstačnosti pacienta při přijetí a dále každý den, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – sestra
2. Zjistí postoj pacienta k fyzické aktivitě a jeho emoční odpověď na imobilitu v prvních dnech hospitalizace, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – sestra
3. Pobízej pacienta k aktivitě pro zachování síly a ovládnání svalů, denně – sestra
4. Využívej polohovacích a rehabilitačních pomůcek na podporu postižené části těla, vždy – sestra, fyzioterapeut
5. Dbej na bezpečnost pacienta, a to včetně úpravy prostředí, vždy – sestra
6. Dle indikace lékaře kontaktuj fyzioterapeuta a spolupracuj s ním, při rehabilitaci se řiď jeho pokyny, vždy – sestra
7. Pomáhej pacientovi naučit se, jak má dbát o svoji bezpečnost, prevenci pádů, denně – sestra
8. Nauč pacienta správně měnit polohu v lůžku 1. den hospitalizace – sestra
9. Nauč pacienta správného držení těla při sedu a chůzi 2. a 3. den hospitalizace - fyzioterapeut
10. Edukuj pacienta, jak používat pomůcky (chodítka, berle) 3. den hospitalizace a proved' záznam do edukační dokumentace – sestra, fyzioterapeut
11. Dbej, aby měl pacient signalizační zařízení v dosahu a na straně nepostižené končetiny, vždy – sestra, ošetrovatelka
12. Dbej, aby měl pacient stoleček na straně postižené strany těla, vždy – sestra, ošetrovatelka
13. Poskytni pacientovi dostatek času při nacvičování chůze, vždy – sestra, fyzioterapeut
14. Spolupracuj s fyzioterapeutem, vždy – sestra
15. Vše pečlivě zaznamenávej do zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, vždy – lékař, sestra, fyzioterapeut

Realizace:

1. 1. 2014

- Pacient přijat na NEU – JIP, uložen na lůžko s antidekubitární matrací, proběhla úprava prostředí, stolek na postiženou stranu pacienta, signalizační zařízení na stranu nepostižené končetiny, zajištěn postranicemi u lůžka. Poučení o dodržování klidového režimu.
- Zhodnocení Barthelova testu denních všedních činností (50 bodů, střední závislost), zhodnocení rizika vzniku dekubitů dle rozšířené stupnice Nortonové (28 bodů) zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace.
- Průběžná změna polohy, pacient spolupracuje, aktivně se snaží o změnu polohy sám, podložení postižených končetin molitanovými pásy

2. 1. 2014

- Ranní toaleta v lůžku, pacient se snaží spolupracovat. Provedena masáž zad a postižených končetin chladivým masážním gelem.
- Kontaktován fyzioterapeut, stanoven rehabilitační plán a jeho následná realizace, zatím rehabilitace postižených končetin.
- Lékařem změněn pohybový režim na č. 3, posazování s DKK dolů z lůžka. Při rehabilitačním cvičení takto posazován, rovnováhu udrží.
- Používány rehabilitační pomůcky jako jsou míčky a válce, pacient aktivně s pomůckami cvičí.
- Během dne pacient mění aktivně polohu v lůžku samostatně.

3. 1. 2014

- Dnes poprvé vertikalizován, posazen do sedačky a přesunut do sprchy, snaží se spolupracovat.
- Masáže postižených končetin, cvičení s rehabilitačními pomůckami.
- Rodinou donesena správná pevná obuv a následně nácvik nejdříve chůze v chodítku pak již v doprovodu (přidržováním) fyzioterapeuta.
- Nácvik jemné motoriky psaním
- Vše pečlivě zaznamenáno do zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace

Hodnocení (3. den hospitalizace):

U pacienta došlo k výraznému zlepšení. Pacient byl ochotný se aktivně účastnit cvičení, snažil se spolupracovat. V lůžku se otáčí sám, žádné kožní defekty nevznikly. Návčik chůze zvládal dobře v doprovodu, zvládá správné držení těla. U pacienta je třeba ještě procvičovat a trénovat jemnou motoriku na postižené končetině.

Cíl splněn.

Pokračující intervence:

2., 3., 4., 6., 11., 12., 14., 15.

U pacienta je nadále důležité aktivní cvičení jemné motoriky s fyzioterapeutem, pomocí rehabilitačních pomůcek. Pacienta pobízet a podporovat v cvičení, aktivně ho zapojovat. Důležitá je spolupráce s fyzioterapeutem.

Ošetřovatelská diagnóza:**Zhoršená verbální komunikace 00051**

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Definice: Snížená, zpožděná nebo neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat anebo využívat systém symbolů.

Určující znaky:

- Potíže s tvorbou slov (dysartrie)
- Špatná artikulace

Související faktory:

- Snížený průtok krve mozkem (mozkový infarkt)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- Pacient bude schopen verbální komunikace po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- Pacient sděluje své potřeby personálu a rodině s minimální frustrací do 2 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient umí vyjadřovat své potřeby po dobu hospitalizace
- Pacient vyjadřuje ochotu spolupracovat při procvičování řeči do 1 dne
- Pacient využívá vhodné komunikační techniky 1 dne
- Pacient zná příčinu poruchy řeči do 2 hod

Plán intervencí:

1. Vysvětlí pacientovi, proč se mu obtížně mluví, 1. den hospitalizace – lékař, sestra
2. Využijte podle potřeby pro komunikaci s pacientem rodinu, vždy – sestra
3. Mluv s pacientem pomalu, zřetelně a klidně, vždy – zdravotnický personál
4. Použijte obrázkové karty, blok a tužku, gesta, obrázky, pro podporu komunikace, vždy – sestra, logoped
5. Povzbuzujte rodinu k častým návštěvám, aby byl pacient stimulován ke komunikaci, denně – sestra
6. Povzbuzujte pacienta, aby mluvil pomalu a podle potřeby své žádosti opakoval, vždy - sestra
7. Zapojte ihned pacienta a rodinu do plánu rozvoje komunikace, vždy – sestra
8. Edukujte pacienta a rodinu o nutnosti vyšetření logopedem 2. den hospitalizace a proveďte záznam do edukační dokumentace – sestra
9. Zajistěte vyšetření logopedem 2. den hospitalizace – lékař, sestra
10. Umožněte pacientovi dostatek času na otázku či jeho odpověď, vždy – sestra
11. Ujistěte pacienta, že jeho obavy a strach jsou v této situaci normální, vždy

– sestra, logoped

12. Pacienta povzbuzuj, pochval za snahu při komunikaci, vždy – sestra

13. Vysvětli pacientovi nutnost procvičování komunikace, denně – sestra

14. Vše pečlivě zaznamenej do zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, vždy – lékař, sestra, logoped

Realizace:

1. 1. 2014

- U pacienta byla při příjmu zjištěna porucha řeči – dysartrie, pacient zná příčinu porušené řeči, vyjadřuje ochotu ke spolupráci při procvičování a tréninku řeči, vyjadřuje své potřeby.
- Pacient ujišťován, že porucha řeči je v této situaci zcela normální, že se nemusí bát mluvit, nebude nikým kritizován, ale naopak povzbuzován. Vyjadřuje pochopení.
- Snaží se mluvit pomalu a správně artikulovat, řeč mírně setřelá.

2. 1. 2014

- Edukace pacienta a rodiny o nutnosti vyšetření logopedem, pacient s rodinou souhlasí, proveden záznam do edukační dokumentace dle standardu oddělení.
- Přizván logoped, návrh a vytvoření logopedického plánu, artikulační, fonizační a dechové cvičení, pacient spolupracuje.
- Během dne komunikace s pacientem, utváření dostatku času na otázky a odpovědi, používání obrázkových karet.

3. 1. 2014

- Návčik řeči s logopedem, hlavně artikulace, během návštěv komunikace s rodinou, povzbuzován a chválen za snahu a výkon.
- Během dne komunikace s pacientem probíhala klidně, zřetelně a jasně.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Pacient je schopný verbální komunikace. Došlo k výraznému zlepšení, avšak řeč je stále lehce dysartrická, ale lze mu dobře rozumět. Slova si dobře vybavuje, má slovní zásobu na vysoké úrovni, psanému slovu rozumí. Je

s touto poruchou řeči vyrovnaný a vyjadřuje ochotu nadále procvičovat a trénovat řeč. Rodina se zapojovala do rozvoje o komunikace u pacienta.

Cíl splněn

Pokračující intervence:

3., 4., 6., 10., 11., 12., 13.

U pacienta je stále důležitá logopedická péče. Návěst řeči, ale hlavně artikulace. Nutno pacienta nadále motivovat, povzbuzovat ho a chválit. Mluvit s pacientem pomalu a zřetelně.

Ošetřovatelská diagnóza:

Strach 00148

Doména 9: Zvládnání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládnání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- Uvádí strach
- Uvádí obavy
- Identifikuje předmět strachu

Související faktory:

- Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý:

- Pacient nepociťuje strach nebo pouze minimálně po dobu hospitalizace

Cíl krátkodobý:

- Pacient verbalizuje zmírnění strachu do 3 dnů

Výsledná kritéria:

- Pacient chápe pocit strachu a dokáže o něm diskutovat po dobu hospitalizace
- Pacient se snaží eliminovat zdroj strachu po celou dobu hospitalizace
- Pacient má snížený pocit strachu do 2 dnů
- Pacient se naučí vhodné techniky zvládnání strachu do 1 dne
- Pacient umí rozpoznat zdravý strach od nezdravého do 12 hod

Plán intervencí:

1. Nalezni zdroj, který je příčinou strachu 1. den hospitalizace – sestra
2. Posuď stupeň strachu vnímaného pacientem, vždy - sestra
3. Zjisti vliv strachu na život pacienta, denně – sestra
4. Sleduj pacientovo chování při projevech strachu, vždy – sestra
5. Buď pacientovi na blízku, aktivně naslouchej jeho obavám, vždy – sestra
6. Podej dostatek informací, tak aby jim pacient porozuměl, mluv v jednoduchých větách, vždy – lékař, sestra
7. Vysvětli rodině, že je důležité navštěvovat nemocného a povzbuzovat ho, vždy - sestra
8. Dávej dostatek prostoru pro možné pacientovi dotazy, vždy –sestra
9. Snaž se pacienta odpoutat od strachu vhodnou relaxací, denně – sestra
10. Nauč pacienta relaxační techniky 2. den hospitalizace – sestra
11. Povzbuzuj pacienta, aby mluvil a svých pocitech, vždy – sestra
12. Vše pečlivě zaznamenej do zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, denně – sestra

Realizace:**1. 1. 2014**

- Pacient již při příjmu na jednotku intenzivní péče vyjadřoval obavy z onemocnění, pociťoval strach z toho co bude dále (do budoucnosti), zpočátku měl strach velký, ale po podání informací se pocity strachu zmírňovaly.
- Pacient umí mluvit o svých pocitech, co prožívá. Má dostatek prostoru

na dotazy.

- Personál je nablízku pacientovi, aby naslouchal jeho obavám.

2. 1. 2014

- Pacient vyjadřuje mírnější pocit strachu. Snaží se využívat některé z doporučených relaxačních technik, sleduje televizi a poslouchá rádio, zejména rodina při návštěvách ho dokáže rozptýlit.
- Pacient dokáže rozpoznat zdravý strach od nezdravého, snaží se myslet pozitivně a nepřemýšlet nad nejhorším.

3. 1. 2014

- Pacient má snížený strach na minimum, vyjadřuje jen lehký pocit strachu spíše nejistoty. Podpora rodiny je pro něj velmi důležitá, snaží se odstraňovat zdroje strachu. Dokáže o pocitech strachu mluvit, povídat si. Vše zaznamenáno v ošetrovatelské a zdravotnické dokumentaci.

Hodnocení (3. den hospitalizace):

Pacient má snížený pocit strachu na minimum. Dokáže o něm otevřeně diskutovat se zdravotnickým personálem i rodinou. Je si nejistý z toho, co bude dál do budoucnosti. Od strachu se odpoutává sledováním televize, posloucháním rádia a při návštěvách komunikací s rodinou.

Cíl splněn.

Pokračující intervence:

2., 3., 4., 7., 8., 9., 11., 12.

Pacienta nutno stále povzbuzovat, používat relaxační techniky k odvrácení myšlenek vyvolávající strach.

Celkové hodnocení ze dne 3. 1. 2014

Pacient J. Č. byl přijat na oddělení neurologické jednotky intenzivní péče iktového centra pro cévní mozkovou příhodu ischemickou projevující se

poruchou řeči (spíše výslovnosti), zhoršenou hybností pravostranných končetin, více na PHK a poklesem pravého koutku. Při příjmu byl pacient při vědomí, orientovaný všemi směry, snažil se komunikovat a spolupracovat. Na základě příjmové diagnózy, příznaků a veškerých vyšetření byla lékařem indikována léčba IVT v 14:10 – 15:10 hod., dle trombolytického protokolu, léčba proběhla bez komplikací.

Při přijetí pacienta bylo stanoveno deset ošetřovatelských problémů, tím byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelské cíle, výsledná kritéria a následně realizace individuální ošetřovatelské péče. Při příjmu u pacienta byla zjištěna zhoršená tělesná pohyblivost, deficit sebepéče v oblasti koupání, oblékání a vyprazdňování, zhoršená verbální komunikace, strach, riziko krvácení, riziko vzniku infekce v důsledku zavedení PŽK, PMK a riziko pádu. Hodnocení ošetřovatelské péče bylo provedeno 3. den hospitalizace.

Léčba intravenózní trombolýzou byla úspěšná, během několika hodin došlo k výraznému zlepšení. Hybnost pravostranných končetin se zlepšila, PDK bez poruchy na PHK vážne ještě jemná motorika v důsledku pravostranné parézy, proto je nutné nadále pokračovat v rehabilitaci. Deficit sebepéče se rovněž zlepšil, v lůžku je pacient zcela soběstačný. U pacienta došlo i k úpravě řeči, má potíže občas nějaké obtížné slovo pořádně vyslovit, problém s artikulací. Pacient bude v péči logopeda a řeč bude procvičovat nadále. Při příjmu pacient vyjadřoval obavy z onemocnění, z toho co bude do budoucna s jeho postižením, po podání informací o zdravotním stavu a srovnáním se s onemocněním se jeho obavy zmírnily na minimum, strach byl snížen. Pacient dodržuje všechna preventivní opatření zamezující riziko infekce a pádu. Aktivně spolupracuje při léčebné a ošetřovatelské péči. Celkově lze péči zhodnotit za efektivní, ošetřovatelské problémy se snížily na co nejnižší míru. Některé ošetřovatelské intervence však pokračují.

Po dobu hospitalizace u pacienta byly monitorovány vitální funkce kontinuálně, které byly v normě. Pacient byl přeložen na standardní neurologické oddělení dne 3. 1., kde se bude pokračovat v antiagregační léčbě a nasazen statin. Pacient bude pokračovat v rehabilitaci a logopedii.

3.4 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro pacienta po CMP:

- Nekouřit
- Nepít ve velké míře alkohol
- Nejíst příliš tučná jídla
- Dostatek pohybu, provádět pravidelně rehabilitační cvičení
- Užívat medikaci dle lékaře, chodit na pravidelné lékařské kontroly

Doporučení pro rodinu:

- Podporovat a pozitivně motivovat pacienta
- Podporovat pacientovu soběstačnost, chválit ho
- Trpělivost
- Zapojovat pacienta do společenských aktivit
- Zajistit vhodné prostředí a kompenzační pomůcky

Doporučení pro zdravotníky:

- Informovat pacienta a jeho rodinu o onemocnění
- Být na blízku pacientovi, zodpovědět jakékoliv možné dotazy
- Vysvětlit nutnost dodržování zdravého životního stylu (nekouřit, nepít alkohol a zdravě se stravovat)

Doporučení pro společnost:

- Dostatečné znalosti o onemocnění CMP
- Vědět nejčastější příznaky CMP
- Nebát se požádat o pomoc
- Při podezření na CMP ihned volat záchrannou službu
- Edukační karta viz. Příloha E

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zhodnocení aktuálního stavu konkrétního pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou a následně zpracování celkového návrhu individuálního ošetrovatelského procesu pro tohoto pacienta.

V teoretické části bakalářské práce jsme v jednotlivých kapitolách vypracovali teoretický základ pro následné praktické využití práce. Na začátku práce jsme se věnovali základnímu popisu a definici onemocnění CMP, které v současné době ročně postihuje v České republice až 30 000 pacientů. Pro zhruba jednu třetinu z těchto pacientů bývá toto onemocnění smrtelné. Pouze jedna třetina pacientů nemá díky včasné a správné léčbě, které jsme se v práci věnovali žádné další následky onemocnění. Z tohoto důvodu jsme dále podrobně rozpracovali teoretické příklady prevence a možnosti léčby.

V druhé kapitole jsme se zabývali popisem správné ošetrovatelské péče u pacienta, kterému byla diagnostikována cévní mozková příhoda. V této kapitole jsou v jednotlivých podkapitolách rozepsány postupy a pravidla, která by měla být aplikována při péči o hygienu pacienta, o jeho oči a dutinu ústní, dále o výživu a příjem potravy, vyprazdňování, polohování na lůžku, mobilizaci a při péči o komunikaci.

Třetí kapitola je celá věnována praktické části bakalářské práce a zde zpracován komplexní ošetrovatelský procesem reálného pacienta s diagnózou ischemickou CMP.

Na začátek praktické části práce jsme zařadili identifikační údaje pacienta zpracované do tabulky a zaznamenání vitálních funkcí při přijetí pacienta.

Dále byla zpracována anamnéza, kterou jsme rozdělili do těchto následujících skupin – rodinná, osobní, léková, alergologická, abúzy, urologická, sociální, pracovní a spirituální.

Na anamnézu bylo navázáno posouzením aktuálního stavu pacienta. V práci jsme posuzovali subjektivní a objektivní potíže pacienta, které jsme zaznamenali do standardizované pracovní tabulky. Nezbytné údaje pro vyplnění jsme čerpali od pacienta, rodinných příslušníků, zdravotnické dokumentace a personálu.

Další část kapitoly byla věnována medicínskému managementu a výsledkům laboratorních a přístrojových vyšetření a vyšetření lékařem, které jsou nezbytné pro další postup. Součástí těchto testů bylo zjištění hematologie, biochemie a krevní skupiny pro podání intravenózní trombolýzy.

V předposlední části byly stanoveny ošetrovatelské aktuální a potencionální diagnózy dle NANDA taxonomie II, které byly uspořádány dle priorit. Na základě těchto diagnóz byly stanoveny cíle ošetrovatelské péče a intervence, které determinovaly třídní realizaci.

Po třetím dnu hospitalizace bylo zpracováno celkové hodnocení stavu pacienta, které je zaznamenáno ve stejnojmenné části kapitoly bakalářské práce. Pacient byl po celou dobu hospitalizace kontinuálně monitorován s normálními hodnotami vitálních funkcí. Celkově zde bylo zjištěno, že léčba trombolýzou proběhla bez komplikací a byla celkově úspěšná. Během několika hodin došlo k výraznému zlepšení stavu pacienta.

V poslední části práce byla navržena doporučení pro praxi s cílem prevence onemocnění CMP. Jednotlivá doporučení byla adresována zvláště pro pacienty po CMP, rodinu, zdravotníky a společnost.

Myslíme si, že cíl práce byl splněn a její zpracování nás obohatilo o další zkušenosti a poznatky, které můžeme využít pro další profesní rozvoj.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AMBLER, Z. *Základy neurologie*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.
- BAR, M. a I. CHMELOVÁ. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. [online]. 2011 [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/pece-o-pacienta-po-cevni-mozkove-prihode-457916>
- BERLIT, P. *Memorix neurologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1915-3.
- BRUTHANS, J. Epidemiologie cévních mozkových příhod. [online]. 2010 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod>
- DOENGES, M. a M. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
- EHLER, E., A. KOPAL, P. MANDYSOVÁ a J. LATTA. *Komplikace ischemické cévní mozkové příhody*. In: časopis Neurologie pro praxi. 2011. 12(2), str. 129 – 134. ISSN 1213-1814.
- FEIGIN, V. *Cévní mozková příhoda: Prevence a léčba mozkového iktu*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-428-7.
- GOLDEMUND, D., R. MIKULÍK a M. REIF. *Současný stav a perspektivy trombolytické terapie (část I.)*. In: časopis Neurologie pro praxi. 2007. 4, str. 220 – 224. ISSN 1213-1814.
- HERDMAN, T. H. *NANDA International Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012 - 2014*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-4328-8.
- HERZIG, R. *Co ukázala subanalýza výsledků studie ECASS III*. In: časopis Neurologie pro praxi. 2010. 11(3), str. 201 – 202. ISSN 1213-1814
- JURA, R. Rekanalizační terapie u akutního ischemického iktu-současnost a perspektivy. In: [online]. 2010 [cit. 2014-02-05]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/res/file/seminare/2010-11-29-brno-fn-bohunice/rekanalizacni-terapie-akutniho-ischemickeho-iktu-soucasnost-perspektivy.pdf>

KALINA, M. et al. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.

KLUSOŇOVÁ, E. a J. PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-319-8.

KULIHA, M., M. ROUBEC a D. ŠKOLOUDÍK. *Sonotrombolýza – mechanismus účinku a její využití v léčbě ischemické cévní mozkové příhody*. In: časopis Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2012. 75/108(1), str. 23 – 29. ISSN 1210-7859.

LAURENČÍKOVÁ, E. *Ošetřovatelská péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou*. In: časopis Diagnóza v ošetřovatelství. 2007. 3(2), str. 66 – 67. ISSN 1801-1349.

MÜLLEROVÁ, N. a J. MIKULA. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2043-2.

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

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

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

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I: Interna*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1775-3.

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR. *Teorie a praxe ošetřovatelského procesu*. 2. vyd. Brno: Tribun Eu, 2011. ISBN 978-80-263-0001-4.

ŠKODA, O. *Antiagregační léčba po ischemické cévní mozkové příhodě*. In: časopis Interní medicína pro praxi. 2006. 12, str. 534 – 538. ISSN 1212-7299.

ŠILAR, Č. *Pokyny pro sestry neurologické JIP u pacientů neléčených intravenózní trombolýzou (IVT)*. Litomyšlská nemocnice, 2009

TOMEK, A. et al. *Neurointenzivní péče: Praktická příručka*. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN 978-80-204-2659-8.

TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 80-7013-324-4.

TYRLÍKOVÁ, I. et al. *Neurologie pro sestry*. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 80-7013-287-6.

ZATLOUKALOVÁ, I. *Řešení poruchy polykání u nemocných s CMP*. In: časopis *Sestra*. 2011/1, str. 54 – 56. ISSN 1210 – 0404.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Hodnotící škály	II
Příloha B – Informovaný souhlas k IVT	IV
Příloha C – NIHSS u pacienta J. Č. 1948	V
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce	VI
Příloha E – Edukační karta	VII
Příloha F – Trombolýza u ischemických CMP – organizační schéma	VIII
Příloha G – Mapa – komplexní cerebrovaskulární a iktová centra	IX
Příloha H – Čestné prohlášení	X

Příloha A

Hodnotící škály

Barthelův test základních všedních činností ADL(Aktivity Daily Living) Hodnocení soběstačnosti pacienta

Pacient orientovaný, pohyblivý, soběstačný, bez handicapu – při příjmu dle testu nehodnocen

Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10	10	10	10
	s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Oblékání	bez pomoci	10	10	10	10
	s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Koupání	samostatně nebo s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10	10	10	10
	občas inkontinentní	5	5	5	5
	trvale inkontinentní	0	0	0	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10	10	10
	občas inkontinentní	5	5	5	5
	trvale inkontinentní	0	0	0	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10	10	10	10
	s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci	15	15	15	15
	s malou pomocí	10	10	10	10
	vydrží sedět	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	15	15	15
	s pomocí 50 m	10	10	10	10
	na vozíku	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	10	10	10
	s pomocí	5	5	5	5
	neprovede	0	0	0	0
Bežové skóre celkem					
Datum hodnocení					
Hodnocení stupně závislosti: <input type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 65 – 95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 45 – 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 96 – 100 nezávislý					
Přehodnocení: <ul style="list-style-type: none"> • při změně soběstačného pacienta při příjmu na stav nesoběstačného pacienta vzniklého během hospitalizace • po 14 dnech u pacientů, kteří jsou při vstupním hodnocení při příjmu hodnoceni nejméně jako lehce závislí 					

Zkratky:

PEG – perkutánní gastrostomie, PAD – perorální antidiabetika, PMK – permanentní močový kate-
 PN – pracovní neschopnost, SOS léky – např. nitroglycerin tbl., bronchodilatační léky ve spreji
 P – pravá strana, L – levá strana

HODNOCENÍ RIZIK při ošetrovatelské péči

A) Rozšířená stupnice Nortonové - určení rizika dekubitů, nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně/přehodnocení při změně stavu, nejdéle po 14 dnech

Schopnost spolupráce	Věk				Stav pokožky				Přidružené onemocnění				Fyzický stav				Stav vědomí				Aktivita				Mobilita				Inkontinence																																																																																							
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																
úplná	3	3	3	3	normální	3	3	3	žádné	3	3	3	dobrý	3	3	3	bdělý	3	3	3	chodí	3	3	3	úplná	3	3	3	není	3	3	3	částečně omezená	2	2	2	DM, IT	2	2	2	zhoršený	2	2	2	s doprov.	2	2	2	částečně omezená	2	2	2	občas	2	2	2	převážně moč	2	2	2	anemie kachexie tromboza obezita	1	1	1	špatný	1	1	1	zmatený	1	1	1	sedáčka	1	1	1	velmi omezená	1	1	1	neví	1	1	1	leží	1	1	1	velmi omezená	1	1	1	moč a stolice	1	1	1	žádná	1	1	1	onkolog. onem.	1	1	1	špatný	1	1	1	žádná	1	1	1	moč a stolice	1	1	1

B) Hodnocení rizika pádu/přehodnocení při změně stavu, nejdéle po 14 dnech

Polybitvost	Medikace				Vyprazdňování				Zrak				Sluch				Psychika				Skóre-riziko															
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
Neomezená	1	1	1	1	neuzívá rizikové léky	1	1	1	vidí dobře, má brýle	1	1	1	Slyší, má sluchadlo	1	1	1	Orientován	1	1	1	0 bez rizika	1	1	1	1	1	1	1	1-3 nízké	1	1	1	1	1	1	1
polybitvost s pomůckou	1	1	1	1	opiáty, hypnotika	1	1	1	Nevidí, zapomněl brýle	1	1	1	Špatně slyší	1	1	1	Zmatený	1	1	1	4-6 střední	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
dopomoc v polybu	1	1	1	1	sedativa, antiepileptika, diuretika	1	1	1	vyžaduje pomoc	1	1	1	Zapomněl sluchadlo	1	1	1	Agresivní	1	1	1	7 a + vysoké	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
úplná závislost	1	1	1	1									Porucha rovnováhy	1	1	1	Spavý	1	1	1		1	1	1		1	1	1		1	1	1		1	1	1
Věk	Pád dříve																																			
do 65	0	0	0	0																																
nad 65	1	1	1	1																																

C) Základní nutriční screening, riziko malnutrice při skóre 2 a více bodů

	0				1				2			
	21 - 34	0	0	0	18 - 20 nad 35	1	1	1	méně než 18	2	2	2
BMI (kg/výška v m ²)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nechtěná ztráta hmotnosti	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Přijem potravy za 3 poslední dny	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Při skóre 2 a více proveďte: a) do dokumentace dejte razítko - pozitivní nutriční screening b) po domluvě s lékařem kontaktujte nutričního terapeuta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Hodnotící tabulka

Datum	Součet			Podpis
	A	B	C	

Příloha B

Informovaný souhlas k IVT



LITOMYŠLSKÁ
NEMOCNICE

III/FO/LN/002

Litomyšlská nemocnice, a.s., J. E Purkyně 625, Litomyšl

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, níže podepsaný(á) r.č.
bytem
..... tímto

prohlašuji,

že jsem byl(a) dostatečně a srozumitelným způsobem seznámen se svou diagnózou (předpokládaným onemocněním, podezřením s jehož důvodů vyšetření probíhá), a to: *LEVNÍ MOZKOVÁ PRŮHODA*

Byl(a) jsem informován(a) jak se výkon provádí, a to: *POBÝVÁNÍ KATÉTERU ČERVOVÝMI KŘEVLÍMI V ZÁSTAVĚ DO ŽILY*

Byl(a) jsem informován(a) jaké jsou normální následky provedení výkonu, ať krátkodobé nebo dlouhodobé, a to zejména: *ZLÉPŠENÍ STAVU*

Byl(a) jsem informován(a) o případných alternativních postupech léčby, a to zejména: *POBÝVÁNÍ ANTIKOGULACIÍ*
a jejich výhodách a nevýhodách. *NEVÝHEDY PŘÍJMU, JEHO MĚŘENÍ DĚLNICE*

Byl(a) jsem informován(a) o tom, z jakého důvodu se výkon provádí, a to z důvodu: *LÉČBY CMP*

Byl(a) jsem informován(a) jakého možné komplikace a následky má výkon i možné projevy léčby a léků, a to zejména: *MECHICKÁ ZEMICE, KŮVAVČINA, MÍSTNÍ NÁSO ČERVENÉ*

Byl(a) jsem seznámen(a) s případnou rehabilitací a domácí péčí. *AAO*

Na základě výše uvedeného dávám výslovný souhlas k těmto výkonům:

a to tímto způsobem: *PRO PRŮBĚH PŘI NOVÉM SUKOPĚNÍ PODPISU NEKVALIFIKOVANÉ POUŽITÍ*

V Litomyšli dne *1.1.2014*, hodina *14*, minuta *00* h

Poučení provedl MUDr.

podpis

MZZE
podpis nemocného

PRŮBĚH

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Příloha C

NIHSS u pacienta J.Č. 1948

NIHSS		Jméno	bodné číslo				
Hodnoce...			2 HOD	24 HOD	72 HOD	7 DNÍ/ PR	
Datum		13.10.	15	2/1	3/1		
1a. Úroveň vědomí	0 - plně při vědomí, spolupracující zvolit takový testovací impuls, aby obešel případné překážky (torotach, trauma, jazyk, bariéra, intubace), testuje se vždy.	1 - spavý, po mírné stimulaci poslechne, odpoví 2 - opakovaná stimulace k pozornosti, sopor 3 - koma (reflexní či žádná odpověď)	0	0	0	0	
1b. Slovní odpovědi	ptáme se na věk pacienta a měsíc počítá se první a pouze zcela správná odpověď, bez nepochybnosti.	0 - obě odpovědi zcela správné 1 - jedna správná, těžká dysarthrie či jiná bariéra (OTI) 2 - obě špatně, afázie, kóma	0	0	0	0	
1c. Vyhovění výzvam	požádat o otevření a zavření očí a stisknutí a otevření neparetické ruky, úkon lze pacientovi předvést.	0 - oba úkony správné 1 - jeden úkol správné 2 - žádný správně, kóma	0	0	0	0	
2. Okulomotorika	testuje se pouze horizontální pohyb, pacient s bariérou (slepota, bandáž, trauma) je testován reflexními pohyby (ne kalorické testování). Testujeme i pac. v komatu.	0 - bez patologie 1 - izol. paresa okohybného nervu, deviace či pohledová paresa potlačitelná OC manévry 2 - nepotlačitelná deviace či pohledová paresa	0	0	0	0	
3. Zorné pole	výšeřivá i simultánní pohyb prstů kvůli fenoménu extinkce. Testujeme i u pac. s poruchou vědomí pomocí mrkacího reflexu.	0 - bez postižení 1 - částečná hemianopsie, fenomén extinkce 2 - kompletní hemianopsie 3 - oboustranná hemianopsie (slepota, včetně kortikální slepoty)	0	0	0	0	
4. Faciální paresa	Centéní zubů, zavření očí, elevace obočí.	0 - symetrický pohyb, bez postižení 1 - lehká paresa (např. asymetrie NL rýhy) 2 - úplná nebo částečná paresa dolní větve centrální paresa 3 - kompletní (perif.) paréza uni- či bilaterální, kóma	1	1	1	1	
5. a 6. Motorika	HKK do 90 st v sedě resp. 45 st. více 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.	LHK	0	0	0	0	
		PHK	1	1	1	1	
		LDK	0	0	0	0	
		PDK	1	0	0	0	
7. Ataxie končetin	testování prst-nos-prst na HKK a na DKK pata-koleno. Nehodnotí se u pac., který nerozumí. U stupňů nos-natažená HK. V komatu, při plegii atd. se hodnotí 0.	0 - nepřítomna, nebo jen důsledek paresy. Kóma. 1 - na jedné končetině 2 - přítomna na více končetinách 9 - amputace, ankylóza aj.	0	0	0	0	
8. Senzitivita	zkouší se ostřejším předmětem, u nespolu- pracujících alpickým podnětem (úniková reakce, grimasa). Kóma hodnotíme 2.	0 - bez poruchy čti 1 - lehká a střední porucha sense (hypestezie, hypalgezie) 2 - těžká porucha sense až anestezie uni, či bilat. Kóma.	0	0	0	0	
9. Řeč	testovací slova: MÁMA, PÍSEK, TRÁVA, DĚKUJI, ELEKTRINA, FOTBALOVÝ MÍČ. Víte jak. Došl na zem, jsem už z práce doma. Popis obrázku.	0 - bez afázie 1 - lehká fatická porucha, lze porozumět 2 - těžká fatická porucha 3 - globální afázie, mutismus, kóma	0	0	0	0	
10. Dysartrie	Při fatické poruše hodnotíme výslovnost. Při hodnocení 9 vysvětlit (např. OTI).	0 - nepřítomna 1 - setřelá řeč, je mu rozumět 2 - výrazně setřelá výslovnost, není rozumět, mutismus, kóma 9 - intubace, jiná bariéra	2	1	1	1	
11. Neglect	Použij simultánní stimulaci zraku a sense. Hodnotí se pouze, pokud přítomen.	0 - nepřítomen 1 - neglektuje 1 kvalitu, anosognoze 2 - neglektuje více jak 1 kvalitu, kóma.	0	0	0	0	
CELKOVÉ NIHSS			5	3	3	3	
12. Distální motorika	nezapočítává se do celkového skóre Testujeme extenzi rukou a prstů HKK v předpažení. Pouze první odpověď.	0 - extenduje plně na 5 sekund 1 - schopen částečné extenze po 5 sekund 2 - žádná extenze po 5 sekund. Kóma	Levá HK	0	0	0	0
		Pravá HK	1	1	1	1	

Vyšetřující

Zdroj: Zdravotnická dokumentace

Příloha D

Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

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



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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

Příjmení a jméno studenta	Šlégrová Aneta, DiS.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta s cévní mozkou příhodou ischemickou	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Litomyšlská nemocnice a.s. Neurologická JIP	
Jméno vedoucího práce	MUDr. Kateřina Hánělová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím MUDr. HÁNĚLOVÁ KATEŘINA podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis FILOVÁ J.	

V Litomyšli

dne 7. 3. 2014

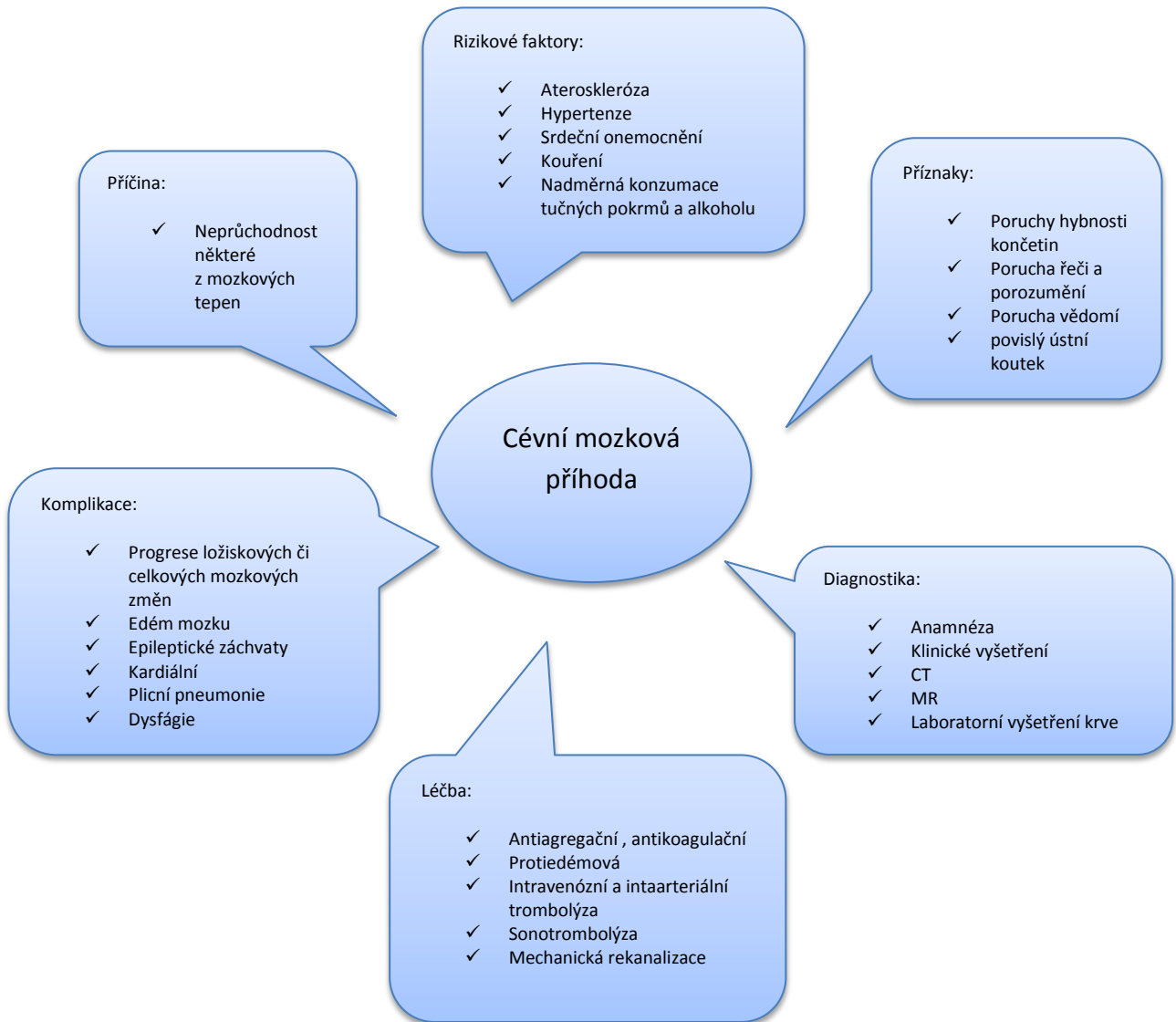
.....
podpis studenta

Porada vedení Litomyšlské nemocnice, a.s. souhlasila s prováděním sběru podkladů pro bakalářskou práci dne 10.3.2014.



Příloha E

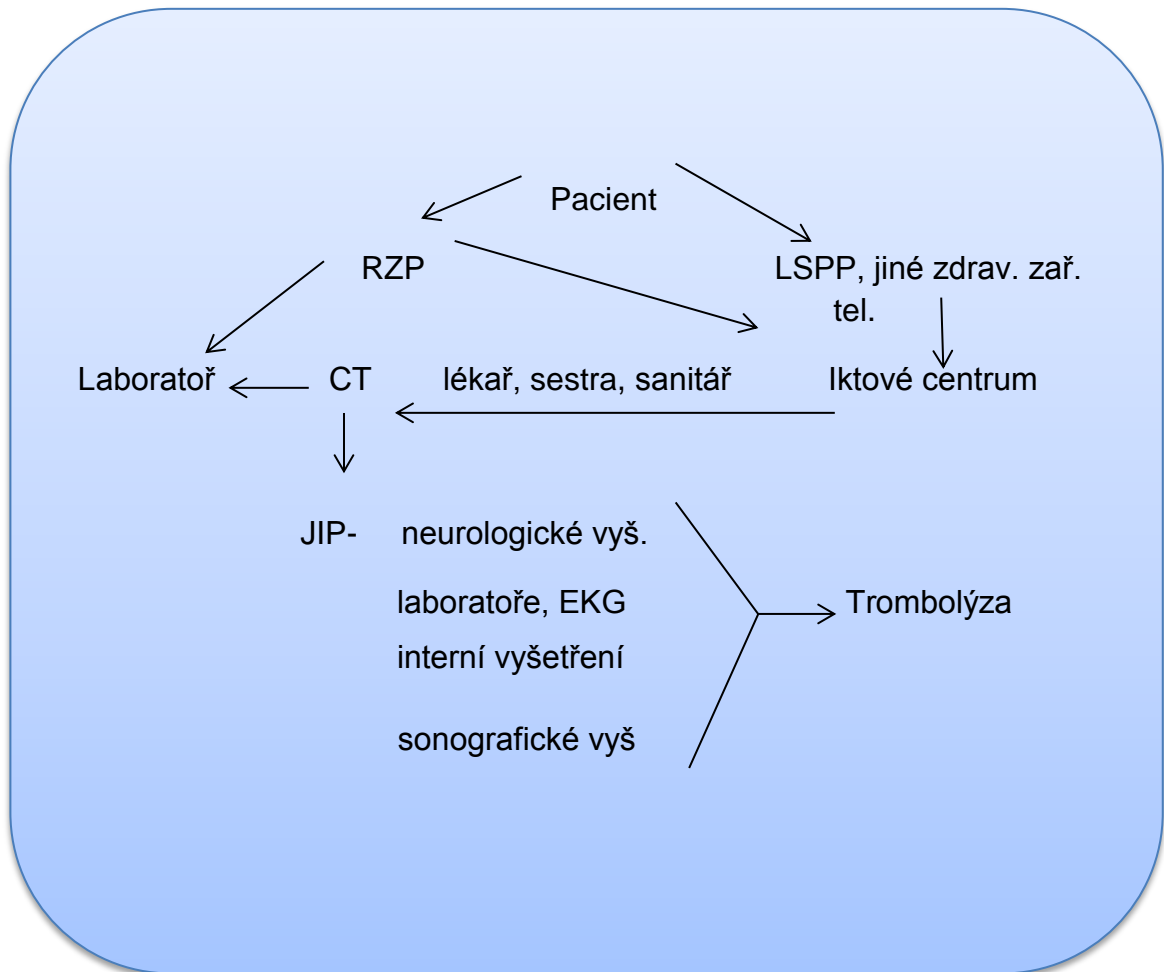
Edukační karta



Zdroj: vlastní

Příloha F

Trombolýza u ischemických CMP – Organizační schéma



Zdroj: Litomyšlská nemocnice

Příloha H

Čestné prohlášení

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 ošetrovatelský proces u pacienta s chronickou ránou v komunitní péči v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 10. 3. 2014



Aneta Šlégrová