

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE
SYNDROMEM GUILLAIN-BARRÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LENKA ÚTRATOVÁ

Praha 2018

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE
SYNDROMEM GUILLAIN-BARRÉ**

Bakalářská práce

LENKA ÚTRATOVÁ

Stupeň vzdělání: Bakalář (Bc.)

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Pavel Sedlák

Praha 2018



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

ÚTRATOVÁ Lenka

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta se syndromem Guillain-Barré

Nursing Process for Patients with Guillain-Barré Syndrome

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Pavel Sedlák

V Praze dne 1. listopadu 2017

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Lenka Útratová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala lidem, kteří svým pozitivním přístupem a cennými radami pomohli při tvorbě bakalářské práce, zejména vedoucímu práce MUDr. Pavlovi Sedlákovvi.

ABSTRAKT

ÚTRATOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelský proces u pacienta se syndromem Guillain-Barré*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Pavel Sedlák. Praha. 2018. 64 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta se syndromem Guillain-Barré. V první části bakalářské práce je popsána problematika daného tématu, její příčina, epidemiologie, diagnostika, léčba a prognóza. V druhé části je kladen důraz na specifika ošetrovatelské péče u pacienta s Guillain-Barré syndromem. Tato část je zaměřená na prevenci, hodnocení a vznik dekubitu, rehabilitaci, polohování a péči o dýchací cesty, dále na výživu, vyprazdňování a komunikaci s pacientem. Třetí část je věnována ošetrovatelskému procesu u pacienta s Guillain-Barré syndromem. Je zde popisován konkrétní pacient s Guillain-Barré syndromem. Jsou zde vytyčeny ošetrovatelské problémy pacienta, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz dle Nanda I taxonomie II 2015-2017, dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

Klíčová slova

Guillain-Barré syndrom. Ošetrovatelská péče. Pacient. Polohování. Rehabilitace.

ABSTRACT

ÚTRATOVÁ, Lenka. *Nursing process for patients with Guillain-Barré Syndrome*. University school of Nursing, o. p. s. Degree of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: MUDr. Pavel Sedlák. Prague. 2018. 64 pages.

The topic of my bachelor's work is the nursing process of a patient with Guillain-Barré Syndrome. In the first part of the bachelor's work I described the cause of the disease, its epidemiology, diagnosis, treatment and prognosis. In the second part I put emphasis on the specification of the nursing care of a patient with Guillain-Barré Syndrome. The part is mainly focused on the prevention, evaluation and the origin of pressure sores, rehabilitation, body position changes of a patient, treatment of the respiratory system, nutrition and communication. The third part is focused on the nursing process of a patient with Guillain-Barré Syndrome. There is described specific patient with Guillain-Barré Syndrome and all the patient's nursing problems and issues are compiled into actual and potential nursing diagnosis according Nanda I taxonomii II 2015-2017 in compliance with model of Marjory Gordon.

Keywords

Body positioning. Guillain-Barré Syndrome. Nursing care. Patient. Rehabilitation.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	10
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	15
SEZNAM TABULEK	17
ÚVOD.....	13
1 GUILLAIN-BARRÉ SYNDROM.....	15
1.1 HISTORIE	15
1.2 ETIOLOGIE.....	15
1.3 PATOFYZIOLOGIE	16
1.4 KLINICKÝ OBRAZ	18
1.5 DIAGNOSTIKA	20
1.5.1 VYŠETŘENÍ CEREBROSPINÁLNÍHO LIKVORU.....	20
1.5.2 ELEKTRODIAGNOSTIKA.....	20
1.5.3 NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ.....	21
1.6 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA.....	21
1.7 PRŮBĚH GBS.....	22
1.8 TERAPIE	23
1.8.1 PODPŮRNÁ TERAPIE	23
1.8.2 SPECIFICKÁ TERAPIE.....	24
1.9 PROGNÓZA	26
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	27
2.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY	27
2.2 VÝŽIVA, PERISTALTIKA, VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	28
2.3 PÉČE O KŮŽI.....	28
2.4 POLOHOVÁNÍ.....	29
2.5 REHABILITACE	30
2.6 DEKUBITY	30
2.7 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM	32
2.8 PSYCHIKA A KOMUNIKACE.....	33

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S GUILLAIN-BARRÉ SYNDROMEM.....	34
3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE A ANAMNÉZA	34
3.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	43
3.3 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 2. 7. 2017.....	45
3.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017	47
3.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
PŘÍLOHY	65

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDP - Akutní zánětlivá demyelinizační polyneuropatie

AIO – all in one

AMAN - Akutní motorická axonální neuropatie

AMSAN - Akutní motorická a senzitivní axonální neuropatie

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

cm - centimetr

CMV - cytomegalovirus

d.s. - do sondy

DKK – dolní končetiny

EKG - elektrokardiogram

EMG - elektromyogram

EtCO₂ – vydechovaný oxid uhličitý

ETK – endotracheální kanyla

GBS - Guillian-Barré syndrom

GIT – gastrointestinální trakt

HIV - Human Immunodeficiency Virus

i.v. - intravenózně

IM – infarkt myokardu

IVIG – intravenózní imunoglobuliny

JIP – jednotka intenzivní péče

kg - kilogram

mA - miliampér

mmHg – milimetr rtuťového sloupce

MR - Nukleární magnetická rezonance

NGS – nasogastrická sonda

OP - operace

PDK – pravá dolní končetina

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK – permanentní močový katetr

RTG – rentgen

RTG S+P – rentgenový snímek srdce a plic

s.c. - subcutánně

TSK – tracheostomická kanyla

UPV - Umělá plicní ventilace

USA – Spojené státy americké

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

anamnéza - soubor informací potřebných k bližšímu zkoumání zdravotního stavu

areflexie - vymizení, nepřítomnost reflexů

arytmie - porucha srdečního rytmu

aspirace - vdechnutí

ataxie - neurologický symptom spočívající v poruše koordinace pohybů

axonální – týkající se nervových vláken, které tvoří základ bíle hmoty mozkové

bradykardie - zpomalení srdeční frekvence

dekubit - defekty měkkých tkání, vznikající na podkladě špatného prokrvení tkání

dilatace - rozšíření

dysestézie - porucha čítí

hyperproteinorhachie - zvýšené proteinyv biochemii

hypertenze - onemocnění, při kterém je chronicky zvýšený tlak krve v cévním řečišti

hyporeflexe - snížená úroveň sebepozorování, pozorování a hodnocení sebe sama

hypotenze - označení pro nízký krevní tlak

imunizace - vytváření imunity proti určitým antigenům

infiltrace - vnikání, prostoupení, prosakování

insuficience - nedostatečnost, selhávání

ischemizace – vývoj, vyvolánínedokrevnosti určité tkáně nebo orgánu

koagulopatie - nemoc charakterizovaná zvýšenou krvácivostí

konstipace – obstipace, zácpa

kontraktura - trvalé smrštění tkáně s nemožností natažení do normálního postavení

leukocyt - bílá krvinka

makrofág - buňka usazená v tkáni, specializovaná na pohlcování cizorodých částic

ophthalmoplegie - ochrnutí očních svalů vnitřních či zevních

palpitace - popisuje se jako zvýšené uvědomování si srdečního rytmu

Parestézie - pocit brnění, píchání, svědění či pálení kůže bez trvalých následků

paréza - obrna, částečná neschopnost aktivního volního pohybu

patogen - chorobný činitel, obvykle choroboplodný zárodek

per os – ústy

pleocytóza - v histologii označení nálezů, které poukazuje na větší množství buněk

polymorbidita - přítomnost více chorob současně

regurgitace - zpětný pohyb tekutého obsahu dutých orgánů

retence - zadržení, zadržování

ruptura - roztržení, trhlina, prasknutí

spasticita - stav zvýšeného svalového napětí

symptom - příznak, vnější projev

tachykardie - zvýšená tepová frekvence

weaning – odpojení například od umělé plicní ventilace

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientce.....	34
Tabulka 2 Hodnoty a údaje zjišťované při příjmu.....	35
Tabulka 3 Osobní anamnéza.....	37
Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou.....	38
Tabulka 5 posouzení stavu dle fungujícího zdraví Marjory Gordonové.....	40
Tabulka 6 Medikamentózní terapie.....	44

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelský proces u pacienta s velmi těžkou formou polyradikuloneuritidy, Guillain-Barré syndromem. GBS není časté onemocnění, ale svým rozsahem postižení je velmi závažné a to bez ohledu na věk, pohlaví či polymorbiditu populace. Ošetřování pacientu s GBS je velmi náročné po lékařské i ošetrovatelské stránce a jsou kladeny vysoké nároky na celý ošetrovatelský personál. Je důležité k nemocnému přistupovat holisticky.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je popsáno onemocnění včetně diagnostiky, terapie, prognózy, možné prevence a specifika náročné ošetrovatelské péče u nemocných. Praktická část je zaměřena na ošetrovatelský proces u pacientky diagnózou s GBS, která byla hospitalizovaná na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Krajské nemocnice Liberec. V rámci zpracování teoretické práce byla odebrána kompletní anamnéza dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové a stanovené ošetrovatelské diagnózy podle NANDA i taxonomie II. Na základě aktuálního stavu pacientky byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy. V bakalářské práci byly vybrány a rozpracovány tři nejaktuálnější ošetrovatelské diagnózy.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Shrnout dostupné informace a poznatky o GBS.

Cíl 2: Seznámit blíže s diagnózou GBS.

Cíl 3: Představit specifika náročné péče u pacienta s GBS.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vypracovat ošetrovatelský proces u pacienta s GBS.

Vstupní literatura:

1. Parry, J. G. Steinberg, J. S. *Guillain-Barré syndrome: from diagnosis to recovery*. Saint Paul: AAN Enterprises, 2007. ISBN 978-1- 932603-56-9

2. ANAND B. PITHADIA, NIMISHA KAKADIA. Guillian-Barré Syndrome. Department of Pharmacology, Parul Institute of Pharmacy. At and PO Limda, Waghodia, Baroda, Gujarat, India. Pharmacological reports 2010, 62, 220-232, ISSN 1734-114
3. ZAZULA R., ŘEZÁČ T., CIHLÁŘ J. *Anesteziologicko-resuscitační klinika I. LF UK a FTNsP, Praha.* PRAKTICKÝ LÉKAŘ 2008, 88, č. 10

Popis rešeršní strategie:

Vyhledání odborných publikací, které byly použity pro tvorbu bakalářské na téma Ošetrovatelský proces u pacientky s Guillain-Barré syndromem proběhlo v období říjen 2017 až leden 2018.

Rešerše byla zpracována v Lékařské knihovně Krajské nemocnice Liberec a.s. K vyhotovení rešerše byly použity elektronické databáze www.prolekare.cz, www.medvik.cz, www.theses.cz, www.proquest.com, www.google.com, www.sciencedirect.com, www.ncbi.nlm.nih.gov a katalog knihovny Krajské nemocnice Liberec a.s. Klíčová slova v českém jazyce byla zvolena: polyradikuloneuritida, Guillain-Barré syndrom, plazmaferéza, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, model fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Časové vymezení bylo zvoleno od roku 2007 až po současnost. Celek bylo využito 26 zdrojů.

Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce a publikace s nízkým stupněm důkaznosti. Jsme si vědomí, že jeden zdroj přesáhl doporučenou hranici stáří deseti let. Zdroj jsme i přes to využili, protože informace z něj obsažené jsou stále platné a přínosné.

1 GUILLAIN-BARRÉ SYNDROM

GBS je vzácný a velmi závažný stav, kdy vlastní imunitní systém člověka napadá periferní nervy (WHO 2016). *Postihuje pacienty na celém světě ve všech věkových kategoriích* (ZAZULA R., 2008, s 582).

1.1 HISTORIE

Jako první se o projevech GBS zmínil lékař James Wardrop ve třicátých letech devatenáctého století. Popsal případ 35 let starého muže, u kterého nastala necitlivost a poté následovala ztráta svalové síly končetin. Později v roce 1916 Guillain, Barré a Stroch uváděli obdobné příznaky u dvou případů francouzských vojáků, u kterých popsali charakteristický nález v mozkomíšním moku. Poukazovali na zvýšené hladiny bílkoviny v moku při normálním počtu leukocytů. Roku 1949 Haymaker a Kernoham definovali klinické rysy GBS a popsali zánětlivé změny periferního nervu v padesáti případech. Velký převrat se stal v roce 1969, kdy pánové Asbury, Amason a Adames zjistili, že se jedná o autoimunitní nemoc. Jejich studie prokazují infiltraci nervů zánětlivými buňkami. V osmdesátých letech devatenáctého století zaujala první místo v léčbě GBS plazmaferéza v kombinaci podávání imunoglobulinů g (BURNS, 2008), (PARRY, 2007).

1.2 ETIOLOGIE

Většinou onemocnění předchází infekce některého ze známých patogenů, který spustí autoimunitní reakci organismu. Nejčastější infekční agens: *Campylobacter jejuni*, *Borrelia burgdorferi*, CMV, HIV a virus chřipky (ZAZULA R., 2008).

Pacienti, kteří před propuknutím GBS prodělali infekci *Campylobacter jejuni*, inklinují k typu AMAN, AMSAN a Miller-Fisherově syndromu. GBS při nálezu *Campylobacter jejuni* infekce má pomalejší uzdravování, vážnější průběh, trvalé následky a axonální degeneraci. Vyskytuje se u 14-16 % nemocných před projevem GBS (HAVRÁNEK, 2008), (ZAZULA R., 2008).

Dalším zástupcem je Cytomegalovirus, který se vyskytuje u 11-13 % nemocných před GBS. Touto infekcí jsou častěji postiženy ženy a pacienti v nižším věku. Pro nástup GBS jsou typické těžké dýchací obtíže, oboustranná paréza faciálního nervu, postižení sensorických funkcí a poruchy jaterních funkcí. Zotavovací fáze je prodloužená (HAVRÁNEK, 2008), (ZAZULA, 2008).

Z pohledu imunizace se jako o spouštěči GBS dá hovořit o očkování proti chřipce a vzteklině, avšak rozvoj GBS se v této návaznosti považuje za velmi vzácný. Přínos očkování zdaleka převáží incidenci GBS (HAVRÁNEK, 2008).

1.3 PATOFYZIOLOGIE

GBS je těžká forma polyradikuloneuritidy. Z hlediska patofyziologie jsou uváděny dvě formy GBS. Jedná se o demyelinizující (AIDP) a axonální formu. Obě varianty GBS byly popsány jako autoimunitní onemocnění na základě patologické imunitní odpovědi proti jednotlivým částem periferního nervu. Zcela přesná patogenese není úplně známa, ale vznikla domněnka, že infekce vyvolává tvorbu antigangliosidických protilátek (ANAND B. PITHADIA, 2010), (MALÍČKOVÁ, 2007), (ZAZULA R., 2008).

U formy AIDP se jedná o multifokální zánětlivé demyelinizační postižení periferního nervstva. Aktivují se antigangliosidové protilátky a T-lymfocyty. Na základě této aktivace imunitního systému dochází k napadení myelinové pochvy a membrány Schwannových buněk makrofágy. Protilátky se u AIDP formy navazují přímo na vnější povrch Schwannovy pochvy. Následkem této kaskády dějů vzniká zánět a lokalizovaná demyelinizace periferního nervového systému na úrovni kořenů, plexů, nervů i autonomních vláken. Postupně dochází ke zpomalení nebo přerušení vedení periferním nervem podle aktuálního postižení nervu (ANAND B. PITHADIA, 2010), (MALÍČKOVÁ, 2007), (ZAZULA R., 2008).

V případě axonálních forem je proces zcela odlišný. V tomto případě se protilátky navazují na povrch axolemy v Ranvierových zářezech, v presynaptických nervových zakončeních mezi axon a myelinovou pochvu a aktivizují komplement, který spustí vezikulaci myelinu. Myelinová pochva zůstává intaktní a dochází k axonální lézi. Po napadení axolemy dojde k oddělení paranodálního myelinu a vniká selhaní vodivosti

nervu a svalová slabost (ANAND B. PITHADIA, 2010), (MALÍČKOVÁ, 2007), (ZAZULA R., 2008).

Z pohledu převažujícího charakteru postižení dělíme GBS na AIDP, AMAN, AMSAN, Miller-Fisherův syndrom a Akutní panautonomní neuropatie (ZAZULA R., 2008).

AIDP je nejčastější forma GBS na území Evropy a USA. Typickým spouštěčem je běžná bakteriální či virová infekce. Nacházíme elektrofyziologický nález demyelinizace, který bývá spojený s axonálním postižením. K obnově myelinové pochvy dochází po zastavení imunitní reakce (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

AMAN je zánět, který se vyznačuje séropozitivitou campylobacterosy. Je přítomný nález axonální léze na motorických nervech, ale zcela normální nález na sensorických nervech. Typ AMAN je typický spíše pro dětský věk a vyskytuje se častěji v Číně a Latinské Americe. Zotavení je rychlé a většinou bez následků (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

AMSAN je druh GBS kdy dochází k degeneraci myelinu a to motorických i senzitivních vláken s minimálním stupněm zánětu a demyelinizace. Jedná se o axonální lézi postihující dospělé jedince. Mívá podstatně horší prognózu než AIDP a AMAN. Často se neobejde bez trvalých následků (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

Miller-Fisherův syndrom je zánět a demyelinizace III. a VI. hlavového nervu, spinálních ganglií a periferních nervů při minimálním ovlivnění sensorických funkcí. Jde o velice málo frekventovanou formu GBS. Dochází k rychle se rozvíjející ataxii, ophthalmoplegii a může být mírná svalová slabost končetin (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

Akutní panautonomní neuropatie je posledním a téměř raritním zástupcem GBS. Podstata je v postižení sympatiku a parasympatiku. Vyznačuje se poruchou sensorických funkcí s častými komplikacemi a léčba je dlouhá a neúplná (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

1.4 KLINICKÝ OBRAZ

Klinický průběh GBS je různý podle typu a stupně onemocnění. Skládá se z řady neuropatických nálezů. Mezi hlavní klinické symptomy řadíme: chabou parézu, parestézii, dysestézii, ataxii, areflexii, bolestivost a autonomní dysfunkce. Je důležité nezapomínat, že GBS vzniká z plného zdraví a zasáhne nemocného v řadě systémů a rekonvalescence je velice dlouhý a náročný proces. (FOKKE, 2014).

Chabá paréza je nejtypičtějším symptomem u GBS. Jde o obrnu svalstva začínající na dolních končetinách, která postupuje ascendentně na horní končetiny, krk, hlavu a dýchací svaly. Bývá oboustranně symetrická (HAVRÁNEK, 2008), (PARRY, 2007).

Parestézie a dysestézie se objevují hodiny či dny před začátkem svalového oslabení. Jejich projevem jsou píchání a brnění (HAVRÁNEK, 2008), (PARRY, 2007).

Ataxie znamená poruchu koordinace pohybů. Je typická pro Miller-Fisherův syndrom. Vzniká nedostatečností hýžd'ového svalstva nebo špatnou propiocepcí. Areflexie nastupuje jako následek svalového oslabení a cití. Klasický obrázek ataxie je nejistá chůze, kachní stereotyp chůze (HAVRÁNEK, 2018), (PARRY, 2007).

Bolest se u GBS vyskytuje u 80 % případů. Její intenzita přibývá s rozsahem svalového oslabení. Bývá difúzně lokalizovaná, bodavá do hloubky. Bolest je typicky lokalizovaná v paravertebrálních oblastech, mezilopatkové oblasti, v bederní části zad, v oblasti ramenního a pánevního pletence a v horních partiích končetin. Postupně se z akutní bolesti stane neuropatická chronická bolest. Je důležité rozlišit akutní bolest od chronické pro správně volenou analgezii. Často je bolest u GBS zastíněna rozsahem klinických symptomů onemocnění. Bolest je opomíjena a to je závažný problém zejména u pacientů s poruchou nebo ztrátou komunikačních dovedností (HAVRÁNEK, 2008), (PARRY, 2007).

Autonomní dysfunkce je souborem více projevů. Čím vážnější jsou parestézií, tím jsou vážnější autonomní dysfunkce:

- poruchy močení a neschopnost vyprázdnit močový měchýř,
- paralytický ileus, konstipace,

- závratě, ztráta vědomí,
- pulzující bolesti hlavy,
- palpitace a nepravidelný pulz,
- zmatenost,
- zvýšená potivost,
- zhoršené prokrvení akrálních částí končetin (PARRY, 2007).

V první fázi onemocnění nejsou přítomny žádné klinické symptomy GBS, v tomto období onemocnění jsou přítomny pouze příznaky primárního onemocnění. Latentní období trvá obvykle 2-3 týdny. Po uplynutí latentní fáze onemocnění se nemocní setkávají s počínajícími parestéziemi a dysesteziemi na prstech rukou, nohou a v oblasti chodidel a pat. Postupná progrese symptomů častěji od dolních končetin, ascendentní progrese. Nemocný s obtížemi vstává ze židle a bez opory nevyjde schody. Postupně se příznaky šíří na horní končetiny. Typické pro GBS je úbytek motorických funkcí. Velice často dojde k postižení dýchacích svalů a následkem toho má nemocný ohrožené základní vitální funkce a je kladen důraz na nutnost UPV. V klinickém obraze nacházíme různé kardiovaskulární symptomy jako projev autonomní dysfunkce: sinusová bradykardie či tachykardie, hypertenze či hypotenze jako následek sníženého vaskulárního tonu. Jako další projevy se objevují potíže s močením, neschopnost zcela vyprázdnit močový měchýř, retence moči, snížená motilita střev, konstipace, paralytický ileus, pocity závratí a zmatenosti, pulzující bolesti hlavy a zvýšená potivost (FOKKE, 2014).

GBS představuje pro nemocného velkou psychickou zátěž. Pacienti velmi často pociťují bezmoc a strach, proto je kladen velký důraz na psychiku nemocného a jeho blízkého okolí (PFEIFFER, 2007).

1.5 DIAGNOSTIKA

Diagnostika GBS se opírá o důkladné anamnestické vyšetření, celkový klinický nálezn, vyšetření cerebrospínálního likvoru, elektrofyziologické vyšetření, popřípadě MR (PARRY, 2007), (ZAZULA R., 2008).

Kritéria nutná pro diagnostiku jsou progredující svalová slabost a hyporeflexie nebo areflexie šlachových reflexů. Mezi kritéria, která podporují diagnostiku řadíme progresi příznaků během dnů až jednoho měsíce, symetrické projevy, postižení hlavových nervů, autonomní dysfunkce, známky na EMG a proteinocytologická disociace v cerebrospínálním likvoru (WINER, 2008), (ZAZULA R., 2008).

1.5.1 VYŠETŘENÍ CEREBROSPINÁLNÍHO LIKVORU

Obecně patří vyšetření likvoru k základní diagnostické metodě v neurologii. Nejčastěji odebíráme likvor pomocí lumbální punkce. Lumbální jehlu zavádíme mezi obratle L4-L5. Pro přesnou diagnostiku je nutné odebraný vzorek dodat co nejrychleji do laboratoře, jelikož rychle dochází k rozpadu buněk a zvyšuje se laktát (PARRY, 2007).

V latentní fázi GBS může být nálezn v likvoru zcela fyziologický. Po prodělané latenci nacházíme typický likvorový nálezn, zvýšené hladiny bílkoviny při normálním počtu leukocytů. Proteinocytologická disbalance s hyperproteinorhachií při normálním počtu elementů v moku. Zřídka se vyskytuje pleocytóza (ZAZULA R., 2008).

1.5.2 ELEKTRODIAGNOSTIKA

EMG je základní elektrodiagnostická metoda používaná v neurologii. Diagnostikuje funkční stav nervosvalového přenosu, nervových kořenů a periferních nervů. Samotné vyšetření se provádí pomocí registračních a stimulačních elektrod. Hodnota elektrické stimulace je individuální, ale nikdy nepřekročí hodnotu 100 mA. Samotné vyšetření je pro některé pacienty lehce bolestivé. U pacientů s kardiostimulátorem je nutný souhlas kardiologa (ZAZULA R., 2008).

Na fyziologickém EMG můžeme registrovat M vlnu, která značí akční potenciál svalu. F vlnu způsobenou retrográdním vedením motorickým axonem k tělu neuronu s následnou novou depolarizací vedoucí do periferie. F vlna má delší latenci než vlna M. H reflex vznikající monosynaptickým míšním reflexem aktivovaným

depolarizací senzitivních vláken nervu. Jedná se o vlnu s největší latencí (AMBLER, 2008).

V případě GBS jsou patologie a abnormality na EMG záznamu viditelné již v latentní fázi, proto je EMG vyšetření důležitým diagnostickým nástrojem. S pomocí EMG jsme schopni určit typ GBS. Každý typ GBS má svou typickou křivku (AMBLER, 2008).

Pro AIDP je typické snížení rychlosti vedení, prodlužuje se terminální latence a prodlužuje se latence F vlny nebo je její absence. U axonálních forem, AMAN a AMSAN jde o ztrátu dráždivosti distálně od místa přerušení, ale rychlost vedení bývá fyziologické (AMBLER, 2008).

1.5.3 NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Neurologické vyšetření provádí neurolog a testuje funkci svalových skupin a jejich nervové reflexe. Typický neurologický obraz u GBS jsou symetrické parézy a areflexie (AMBLER, 2008).

1.6 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Klinická rozvaha musí být komplexní s ohledem na předchozí onemocnění a řadu možných jiných akutních poruch (ZAZULA R., 2008, s. 584). Vzhledem k širokému spektru neuropatických nálezů u GBS je diferenciální diagnostika nedílnou součástí. GBS může být zaměněn za řadu jiných onemocnění, obzvláště v latentní fázi nebo v prvních stádiích symptomů (BURNS, 2008), (ZAZULA R., 2008).

Nedílnou součástí diferenciální diagnostiky je anamnéza. Během sběru anamnestických údajů nás zajímá například pobyt v rozvojových zemích nebo tropech. GBS je možné podle symptomů zaměnit s otravou hadím nebo rybím jedem. U některých otrav těžkými kovy je k vidění i typický likvorový a EMG nález, patří sem arzén a thalium (BURNS, 2008), (ZAZULA R., 2008).

Diferenciální diagnostika je důležitá vzhledem k těmto onemocněním:

- Hysterie / konverzní reakce,

- Infarkt mozkového kmene / locked in syndrom,
- Akutní myelopatie,
- Poliomyelitis,
- Polymyositis,
- Vzteklna,
- Záškrt,
- Borelióza,
- Transverzální léze míšní,
- Syndrom cauda equina,
- periferní neuropatie,
- Botulismus,
- metabolické myopatie,
- hypofosfatémie,
- hypermagnesémie,
- hypokalémie, hyperkalémie,
- svalová onemocnění,
- Neoplastická meningitis,
- Myasthenia gravis,
- kritický stav (ZAZULA, 2008)

1.7 PRŮBĚH GBS

U většiny pacientů se maximální paretické postižení projevuje do 4 týdnů od propuknutí GBS. Po propuknutí paretických symptomů průběh přechází do plató fáze.

Plató fáze trvá po dobu dnů až několika měsíců a je typická velmi pomalou úpravou symptomů. Pouze 1/3 pacientů zvládá v akutní fázi samostatně chodit. V 25% jsou nemocní dlouhodobě upoutáni na lůžko s nutností UPV. Někteří pacienti uvádějí ještě po 3-6 letech po prodělané GBS neschopnost vykonávat běžné denní aktivity, což má vážný dopad na jejich sociální život. Zotavování probíhá v opačném pořadí než v jakém je nástup symptomů GBS. V dalších možných kontrolách jsou patrné téměř u poloviny pacientů reziduální příznaky. Jedná se například o: vymizení reflexů, motorické oslabení dolních končetin (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

1.8 TERAPIE

Všeobecně můžeme léčbu u GBS rozdělit na dvě části: podpůrná terapie a specifická terapie (ZAZULA R., 2008).

1.8.1 PODPŮRNÁ TERAPIE

Tvoří základní kámen v léčbě GBS. U většiny postižených dochází k rychlé progresi vedoucí k respirační insuficienci a je nutná UPV. Respirační insuficience je častou a velmi závažnou komplikací GBS. Dále pak kromě UPV je nutné monitorovat základní životní funkce. Z důvodu vegetativní dysautonomii dochází k oběhové nestabilitě a výkyvům krevního tlaku, monitorujeme EKG křivku k zachycení arytmii. Stejný důraz klademe na sledování funkce GIT a močového ústrojí, předcházíme tím ileózním stavům a sekundární močové infekci (AMBLER, 2011), (ZAZULA R., 2008).

V podpůrné léčbě GBS nelze opomíjet léčbu možné bolesti a psychických poruch nemocného (ZAZULA R., 2008, s. 585). Symptomatická terapie je nedílnou součástí léčby, především terapie bolesti. Podpůrnou léčbu cílíme na vznik sekundárních komplikací: tromboembolické nemoci, stresového vředu, infekčních komplikací například katéetrová sepsa a prevence vzniku dekubitů. Je nutné zajistit přísun potřebných živin a bílkovin výběrem správného dietního programu. Pokud není možný per. os. příjem, tak cestou parenterální v podobě AIO vaků nebo cestou enterální za pomoci nasogastrické, enterální sondy nebo PEG. Nedílnou součástí je intenzivní dechová rehabilitace, aktivní či pasivní rehabilitace v lůžku jako prevence kontraktur a udržení mobility kloubů (AMBLER, 2011), (ZAZULA R., 2008).

1.8.2 SPECIFICKÁ TERAPIE

V klinických podmínkách jsou pro všechny formy GBS dva možné léčebné postupy. První možností je podávání imunoglobulinů intravenózně, druhou je léčebná plazmaferéza. Kombinace těchto léčebných metod nezvyšuje účinnost výsledku terapie, proto se neužívá (ZAZULA R. 2008).

Vzhledem k jednoduchosti podání, nižšímu výskytu nežádoucích účinků, a většímu komfortu pro nemocného je některými autory indikováno podání IVIG jako léčba první volby (ZAZULA R., 2008, s. 587). Podáním IVIG ovlivňujeme imunoglobuliny skupiny G, receptory makrofágů a B-lymfocyty. Patologické protilátky se vážou na imunoglobuliny typu G a zvyšuje se tak jejich clearance a funkce lymfocytů. Nevýhodou podávání IVIG je jejich vysoká cena (ANAND B. PITHADIA, 2010), (ZAZULA R., 2008).

Nežádoucí účinky při podávání IVIG:

- bolesti hlavy, nauzea, febrilie, únava,
- hypertenze, tachykardie, srdeční selhání,
- tromboflebitidy, tromboembolické příhody,
- akutní renální tubulární nekróza, akutní renální selhání,
- aseptická meningitida, cerebrovaskulární příhody,
- anafylaktická reakce,
- hemolytická anémie,
- pruritus, petechie,
- hyponatremie, nižší hladina hemoglobinu, zvýšení jaterních enzymů (ZAZULA R., 2008).

Plazmaferéza je mimotělní eliminační metoda již dlouhá století používaná v léčbě různých typů onemocnění (ZAZULA R., 2008, s. 586). Dobrý léčebný efekt plazmaferézy je přičítán eliminaci možných patologických součástí plazmy, například

autoprotilátky, imunokomplexy, toxiny a cytokiny. Posiluje clearance retikuloendotelový systém a stimuluje lymfocytární klon s pozitivním efektem na buněčnou imunitu. Efekt plazmaferézy je mohutnější pokud je terapie zahájena během prvního týdne od rozvoje klinických symptomů GBS, benefit pro nemocného má při zahájení do 30 dnů od vzniku GBS. Z technického pohledu je zapotřebí invazivní přístup do centrálního krevního řečiště a oddělení musí disponovat přístrojem k provedení samotné plazmaferézy. Principem je separace plazmy od krevních elementů a zpětná náhrada separované plazmy substitučním roztokem. Nejčastější náhradou za separovanou plasmu je albumin. Plazmaferézu nejčastěji aplikujeme po dobu 7-14 dnů v intervalech obden, 5-7x. Plazmaferéza má bohužel i své nevýhody. Během procesu separace neodstraníme pouze škodlivé látky, ale dochází i k úbytku koagulačních bílkovin. U pacientů vzniká koagulopatie a dochází ke zvýšené krvácivosti. Z důvodu koagulopatie je důležité dopředu promyslet zajištění invazivních vstupů, TSK, PEG. Vysoce riziková je aplikace plazmaferézy jako léčebné metody u těhotných žen, hrozí zde předčasné odloučení placenty a riziko krvácení do mozku plodu. (ANAND B. PITHADIA, 2010), (BEDNAŘÍK, 2011), (ZAZULA R. 2008).

Nežádoucí účinky plazmaferézy:

- hypokalcemie, metabolická alkalóza – možné parestézie, tetanie,
- nauzea, zvracení,
- arteriální hypotenze,
- lokální komplikace v místě zavedení katétru – infekce, krvácení, hematom,
- katéetrová seps,
- odstranění prokoagulačních součástí plazmy – zvýšená krvácivost (BEDNAŘÍK, 2011).

1.9 PROGNÓZA

V historii byly domněnky, že GBS je benigní onemocnění bez zanechání trvalých následků. Postupem času nás tento optimistický přístup opustil. V průměru 75 % nemocných se zotaví v období 6-18 měsíců od začátku onemocnění a je po zotavení bez vážnějších neurologických nálezů. Průměrně 7-15 % nemocných udává svalovou slabost, senzoryckou ataxii, bolestivé dysestézie, parestézii nebo ztrátu čítí. Mortalita je uváděna 10-15 %, nejčastěji z důvodu UPV a sekundární infekce. U dětí jsou případy úmrtí ojedinělé. U těžkých forem GBS zůstává reziduální deficit, rezidua během jednoho roku jsou až u 15 % nemocných. Naštěstí je malé procento pacientů, kteří by v důsledku onemocnění zůstali upoutáni na lužko (WINER, 2008).

Prognózu GBS zhoršují tyto rizikové faktory:

- věk nad 40 let,
- rychlý nástup a těžká progresse onemocnění,
- UPV,
- známky axonální degenerace,
- průkaz infekce – například *Campylobacter jejuni*,
- absence terapie IVIG nebo plazmaferézy (ZAZULA R., 2008).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

GBS vzhledem ke své neurologické povaze zasahuje do všech ústrojí člověka. Setkáváme se s poruchou motoriky, senzitivity, dýchání, trávení, oběhové stability, trávení, vyprazdňování, spánku a sexuality. Pro nemocného GBS znamená velkou psychickou zátěž z důvodu upoutání na lůžko v akutní fázi onemocnění. Většina nemocných je hospitalizována na JIP nebo ARO. Tito pacienti jsou zcela závislí na pomoci druhých, a proto je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče základním kamenem pro kvalitnější návrat do plnohodnotného života. GBS zasáhne z plného zdraví, rekonvalescence a rehabilitace po zvládnutí akutní fáze je dlouhá a náročná. Ošetrovatelská péče u těchto pacientů musí být šetrná a je zaměřena na péči a hygienu očí, dutiny ústní, horních a dolních cest dýchacích, kožních záhybů a celého těla. Důraz klademe na kvalitní výživu, pravidelné vyprazdňování a prevenci vzniku dekubitů. Nedílnou součástí je i psychologická terapie, pozitivní a trpělivý přístup k nemocnému. Pacienti s GBS jsou ohroženi imobilizačním syndromem (HOFFMANOVÁ, 2008).

2.1 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY

Pacienti s GBS jsou v akutní fázi ohroženi respiračními komplikacemi. Dochází k postižení dýchacích svalů a k nutnosti UPV, následkem toho dochází k hromadění a stagnaci bronchiálního sekretu v dýchacích cestách a zvyšuje se tím riziko infekce jako například ventilátorová bronchopneumonie. Lepší průchodnost dýchacích cest zajišťujeme zvlhčováním, adekvátním odsáváním, dechovou rehabilitací a polohováním. Dýchací cesty mohou být zajištěné endotracheální nebo tracheostomickou kanylou. Při ošetřování takto zajištěných pacientů klademe důraz na správné uložení kanyly, častou hygienu dutiny ústní, dle potřeby odsávání sekretu z dolních cest dýchacích, obturační tlak v manžetě kontrolujeme 2x denně dále dle potřeby, nutné udržovat tlak 20-36 torrů. V případě ETK věnujeme pozornost ústním koutkům, nutnost střídat koutek pro uložení kanyly jako prevenci dekubitu. U TSK pečujeme o okolí vyústění tracheostomatu, pravidelně převazujeme a udržujeme kůži suchou jako prevenci macerace okolní tkáně a vniku dekubitů. S výhodou vidíme používání supraglotických pomůcek, jejich nevýhoda je vyšší pořizovací cena (HOFFMANOVÁ, 2008), (KAPOUNOVÁ, 2007).

2.2 VÝŽIVA, PERISTALTIKA, VYPRAZDŇOVÁNÍ

Na základě autonomní dysfunkce dochází k atonii žaludku, poruše vyprazdňování močového měchýře, zástavě peristaltiky a následně k obstipaci (ZAZULA R., 2008).

Preventivním opatřením dilatace žaludku, regurgitace a následné aspirace je zavedení nasogastrické sondy nemocnému. NGS později plní svou funkci k přijímání výživy enterální cestou, která je přínosná pro zachování funkce GIT. Na vyvážený obsah bílkovin, vitamínů a minerálů ve výživě jsou kladeny vysoké nároky, kvalitní a dostatečný obsah těchto látek je důležitý jako prevence vzniku dekubitů (KAPOUNOVÁ, 2007), (KLUSOŇOVÁ, 2005).

V akutní fázi GBS dochází k poruše vyprazdňování močového měchýře. V tomto období má pacient zavedený permanentní močový katétr. S PMK je bohužel velmi často spojená komplikace infekce močových cest. Jako prevenci sekundárního infektu provádíme řádnou hygienu genitálu a ústí močového katétru, dbáme na správné uložení sběrného močového sáčku, tak aby nedocházelo k zpětnému toku moče do močového měchýře. Pro zachování normální funkce a kapacity močového měchýře PMK v pravidelných intervalech klemujeme (KAPOUNOVÁ, 2007), (KLUSOŇOVÁ, 2005).

Dlouhodobé upoutání na lůžko, snížený příjem vlákniny, tekutin a stres vede ke snížení peristaltiky a následně k inkontinenci a obstipaci. Jako prevence těchto komplikací je včasné zahájení enterální výživy, polohování a rehabilitace. Pokud to stav nemocného dovolí, tak dbáme na dostatečný příjem tekutin, snažíme se zajistit soukromí a tolerujeme zvyklosti pacienta při samotné defekaci (KAPOUNOVÁ, 2007), (KLUSOŇOVÁ, 2005).

2.3 PÉČE O KŮŽI

Péče o kůži je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitů. Kůži je nutné udržovat suchou, čistou a promazanou ochrannými krémy. Zvýšenou pozornost věnujeme záhybům a predilekčním místům. Důležité je udržovat celé lůžko čisté a suché, proto celkovou hygienu provádíme dle potřeby nemocného. Součástí

hygienické péče je hygiena očí, dutiny ústní a nosní, oholení, mýtí vlasů a stříhaní nehtů. Oči vytíráme borovou vodou a vykapáváme Ophtalmo-Septonexem, dutinu ústní vytíráme štětičkami s roztokem Chlorhexidinu nebo používáme zubní kartáček s pastou, dle schopnosti pacienta a zvyklosti oddělení. Rty ošetřujeme například dermazulenem nebo osobním pacientovým jelením lojem, nosní dírky vytíráme tamponky s roztokem Chlorhexidinu. S výhodou je používání individuálních a jednorázových pomůcek (HOFFMANOVÁ, 2008).

2.4 POLOHOVÁNÍ

Pravidelné a dobře prováděné polohování má blahodárný účinek na celý organismus. Předcházíme tak možné ventilátorové bronchopneumonii v rámci UPV, dochází k efektivnějšímu uvolňování bronchiálního sekretu a napomáhá k lepší vzdušnosti plic, dále předcházíme vzniku dekubitů, svalových kontraktur a deformit kloubů. Polohování, pokud ho pacient toleruje, zajišťujeme 24 hodin v časových intervalech po dvou hodinách přes den a po třech hodinách v noci. V průběhu polohování je dobré myslet na mikro polohování, kdy i menším pootočením z boku na polobok měníme tlak působení. Výsledkem polohování nikdy nesmí být útlak nervů, šlach a vždy dbáme na bezpečnost pacienta. K úpravě polohy v lůžku používáme různé polohovací pomůcky: polštáře, polohovací molitanové přířezy různých tvarů a velikostí, měkké a tvarovatelné nafukovací pomůcky, polštáře s perličkovou náplní. Výhodou jsou lůžka s laterálním náklonem, která umožňují polohování hemodynamicky nestabilních pacientů, které nelze polohovat standardním způsobem (HOFFMANOVÁ, 2008).

Při polohování dbáme na to, aby hlava nebyla v záklonu, ale ani v předklonu. Během polohy na zádech jsou ruce podél trupu, lokty natažené a ramenní kloub je v zevní rotaci. Prsty by měli zaujímat polohu „objímající stočený ručník“ a palec proti v opozici. V případě dolních končetin nesmí docházet k prověšení kolen a k útlaku nervů, cév a česka směřuje nahoru. Kolena a kyčle se nesmějí vytáčet směrem ven a musí být natažené. Plosky směřujeme do pravého úhlu k bérce. V poloze na boku podkládáme celý trup ze zadu polohovací pomůckou. Spodní paže je pokrčená v lokti a nachází se podél trupu, spodní dolní končetina je natažená. Vrchní dolní končetina se nachází před trupem nemocného a je pokrčena v koleni a kyčli. Mezi obě dolní

končetiny vkládáme polohovací pomůcku tak, aby se nikdy nedotýkaly sebe kolena a vnitřní kotníky. Plosky by měly být v pravém úhlu k bérce. Výhodou je pokud má dané pracoviště svého rehabilitačního pracovníka nebo s rehabilitačním pracovníkem, který dochází na oddělení, plně spolupracuje (HOFFMANOVÁ, 2008).

2.5 REHABILITACE

Během rehabilitace s pacienty postiženými GBS se musíme vyvarovat svalovému přetížení. Cvičení přes únavu způsobí vyčerpání svalů a proces rehabilitace prodlouží. Případné bolesti v protahovaných svalech jsou signál k přestávce nebo ukončení terapeutické jednotky. Ve chvíli kdy se pacient s GBS stane medikamentózně a oběhově stabilní zahajujeme aktivní rehabilitaci. Cílem je maximálně obnovit neuromuskulární funkce. Snažíme se o získání a obnovu mobility a to co nejdříve v rámci lehu na lůžku, poté za pomoci vozíku a následně chůze. Jako první se obnovuje síla a funkce horních končetin (PARRY, 2007).

V akutní fázi onemocnění se zaměřujeme na udržení průchodnosti dýchacích cest. Respirační fyzioterapie za pomoci drenážních metod: vykašlávání, manuální bronchiální drenáž, autogenní drenáž. K aktivaci dýchacích svalů je výhodou využití Vojtovy reflexní terapie (KOLÁŘ, 2009).

Nedílnou součástí rehabilitace je udržení fyziologického rozsahu hybnosti kloubů. V první fázi provádíme pasivní cvičení dolních i horních končetin, minimálně 3x denně s protažením do fyziologické délky svalu. Těmito pasivními cviky zároveň předcházíme vzniku tromboembolické nemoci (KOLÁŘ, 2009).

2.6 DEKUBITY

Dekubitus je místní buněčné poškození tkáně, které vzniká v důsledku přímého tlaku, tření, střížných sil, imobility a celkově zhoršeného stavu nemocného. Postihuje kůži, svaly, šlachy až kosti (KAPOUNOVÁ, 2007, s. 125).

Faktory ovlivňující vznik dekubitu se dělí na místní a celkové. Místní jsme schopni do velké části ovlivnit, ty celkové již méně (HOFFMANOVÁ, 2008).

Mezi hlavní místní faktory patří tlak na predilekční místa, vlhkost, třecí síla a střížná síla. Predilekční místo je vnímáno jako místo, které je rizikové pro vznik dekubitu více než místo jiné, nalézáme ho tam kde je kost blízko pod povrchem kůže. Základní predilekční místa jsou: kost spánková, kost týlní, ucho, sedmý krční obratel, hřebeny lopatek, loketní klouby, ramenní klouby, kyčelní klouby, kost křížová, zevní strana kolenního kloubu, zevní kotník, paty. K rozvoji dekubitu dojde při útlaku kapilár s absencí spontánního pohybu. Vlhkost lůžka a kůže je dalším faktorem vzniku dekubitu, může být způsobená potem, močí, zvratky, stolicí nebo jinými lidskými exkrementy. Delším působením vlhkosti na kůži dochází k maceraci a tím podporuje vznik dekubitu, proto je častá hygiena lůžka velmi důležitá v rámci prevence. Během třecí síly vzniká mechanické poškození kůže třením kůže o lůžkovinu a následně vznik dekubitu. Posledním faktorem je střížná síla, kdy se proti sobě pohybují kůže s podkožím a svalovina. Během střížného efektu dojde k natažení a zúžení cév s následnou ischemizací poškozené oblasti (HOFFMANOVÁ, 2008), (KAPOUNOVÁ, 2007).

Mezi celkové faktory řadíme: pohlaví (ženy bývají náchylnější z důvodu méně odolnější tukové tkáně proti svalové), věk (ve stáří dochází k úbytku elasticity a regenerace tkání), mobilita, přidružené choroby (nemoci srdce a oběhového systému, ledvin, bezvědomí, polymorbidita, diabetes mellitus), spasticita, tělesná teplota, stav výživy a hydratace, hmotnost, inkontinence a stres (HOFFMANOVÁ, 2008), (KAPOUNOVÁ, 2007).

Postupy na jejichž základě minimalizujeme vznik dekubitů:

- minimalizace faktorů, které se na vzniku podílejí,
- antidekubitní systém aktivních matrací,
- antidekubitní pomůcky,
- plán polohování,
- zajištění pomůcek doplňující lůžko,
- denní kontrola predilekčních míst,
- kvalitní hygiena a péče o kůži,

- pravidelná výměna lůžkovin,
- rehabilitace a časná mobilizace,
- vyvážená výživa,
- zhodnocení a záznam rizik dekubitu,
- adekvátní terapie již vzniklého dekubitu se záznamem do ošetrovatelské dokumentace (HOFFMANOVÁ, 2008), (KAPOUNOVÁ, 2007).

2.7 IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Imobilizační syndrom je fyziologickou odpovědí na imobilitu postihující všechny orgánové soustavy. Nástup disfunkčních změn je poměrně rychlý a může být vratný, ale i naopak. Změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému je možné zaznamenat již za 36 hodin od upoutání na lůžko. Další patrné patologické změny již za 7-10 dní. Dispozici k rozvoji imobilizačního syndromu mají zejména pacienti chronicky nemocní, vyšší věkové kategorie a sociálně izolovaní (POKORNÁ, 2013, s. 15).

Imobilita má negativní vliv na celý systém lidského těla a přináší sebou řadu vážných komplikací. Imobilizační syndrom se projevuje v těchto systémech: dýchací, kardiovaskulární, GIT, vylučovací, pohybový, kožní a také v psychice. U pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžku vzniká ortostatická hypotenze, je obleněný krevní oběh a dochází k venostáze z důvodu snížené hybnosti dolních končetin. Pacient je ohrožen tromboembolickou nemocí. Následkem dlouhodobého ležení dochází k venostáze v plicních lalocích, je snižená kapacita plic a může nastat hypostatická pneumonie. Problémem v GIT je zpomalení střevní peristaltiky, zácpa, nemocný ztrácí chuť k jídlu. Nedostatečným vyprazdňováním moče vznikají opakované záněty močového ústrojí. V oblasti pohybového aparátu dochází ke svalovým, šlachovým kontrakturám a atrofiím. V kosterním systému dochází k odplavování vápníku a nemocný je ohrožen osteoporózou. Kožní integrita je náchylná na vznik dekubitů. Dlouhodobá imobilita má negativní vliv na psychiku, mohou nastat deprese a změny osobnosti (HOFFMANOVÁ, 2008), (KLUSOŇOVÁ, 2005).

2.8 PSYCHIKA A KOMUNIKACE

GBS vniká z plného zdraví jedince a proto klade velký nárok na psychiku. Rehabilitace a rekonvalescence je individuální, ale ve většině případů je proces plného uzdravení dlouhodobý. Během akutní fáze GBS mají nemocní pocit bezmoci, jsou plně odkázáni na pomoc a péči druhých, mají strach o budoucnost a o trvalé následky. Dostavuje se pocit, že umírají. Typické pro GBS je postupná progrese stavu. S postupným zhoršováním symptomů je pacient úzkostný a vyžaduje zvýšenou pozornost a péči personálu a blízkého okolí. Výhodou je, pokud oddělení úzce spolupracuje s psychologem (KAPOUNOVÁ, 2007), (PARRY 2007).

Komunikace v akutní fázi GBS bývá velice složitá. Z důvodu ETK nebo TSK není možná slovní komunikace, pacienti jsou nuceni výrazně artikulovat, pokud je to možné. Velmi často se setkáváme s netrpělivostí nemocného při odezírání ze rtů ošetrovatelským personálem. S ohledem na neurologické oslabení horních končetin není možné použít dostupné pomocné komunikační techniky jako je psaní, obrázkové a písmenkové tabulky. Při komunikaci s takto indisponovaným pacientem je nutná trpělivost a empatie. Pokud je pacient spolupracující, je možnost použití uzavřených otázek. V případě uzavřených otázek je zapotřebí předem si domluvit s pacientem signál určující odpověď ano či ne, například mrknutí oka nebo vypláznutí jazyka. Během komunikace bychom se neměli vyhýbat očnímu kontaktu. Komunikaci bychom měli věnovat dostatek času, tak aby měl nemocný možnost se vyjádřit. Nemocného během komunikace správně oslovujeme a nepoužíváme zdvořilé tvary slov (KAPOUNOVÁ 2007), (PARRY, 2007).

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S GUILLAIN-BARRÉ SYNDROMEM

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE A ANAMNÉZA

Dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, jsou následující identifikační údaje smyšlené.

Tabulka 1 Základní identifikační údaje o pacientce

Jméno a příjmení: XX	Pohlaví: Žena
Datum narození: 1985	Věk: 33 let
Adresa bydliště a telefon: X	
Adresa příbuzných: X	
RČ: XXXXXX/XX	Číslo pojišťovny: 111
Vzdělání: maturita	Zaměstnání: účetní
Stav: svobodná	Státní příslušnost: ČR
Datum přijetí: 28. 6. 2017	Typ přijetí: akutní, neplánované
Oddělení: ARO	Ošetřující lékař: MUDr. Pavel Sedlák

Důvod přijetí udávaný pacientem:

neutěšitelné bolesti zad v bederní bolesti.

Medicínská diagnóza hlavní:

syndrom Guillain Barré – forma AIDP.

Medicínské diagnózy vedlejší:

akutní respirační nedostatečnost při progresi základního onemocnění,
lehká forma hypotenze,
tachypnoe,
sinusová tachykardie,
chabá kvadrusymptomatologie se sfinkt. potížemi a ascendentním vzestupem,
těžká paréza HKK – jen náznak pohybu,
periferní paréza n. VII. l. sin.,
dysfagie,
dle EMG nález lehké smíšené polyneuropatie DKK s postižením motorického vedení,
dle likvoru syndrom proteinocytologické disociace,
motonehoda ve 14 letech,
OP – ruptura šlachy palce PDK (2000),
pokousání koněm (2005).

HODNOTY A ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU dne 28. 6. 2017

Tabulka 2 hodnoty a údaje zjišťované při příjmu

TK: 70/40 mmHg	Výška: 156 cm
P: 120 za minutu	Hmotnost: 56 kg
D: 30 za minutu	BMI: 23 bodů
TT: 35,9 °C	Pohyblivost: omezená
Stav vědomí: plný kontakt	Orientace místem, časem, osobou: orientovaná
Řeč, jazyk: plynulá, srozumitelná	Krevní skupina: O, Rh faktor +

Nynější onemocnění:

Guillain Barré syndrom.

Informační zdroje:

dokumentace Krajská nemocnice Liberec Anesteziologicko-resuscitační oddělení,
rozhovorem s pacientem, lékař, rodina pacienta.

ANAMNÉZA:

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka: zdravá

Otec: IM

Sourozenci: 0

Děti: 0

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Překonaná a chronická onemocnění: 0

Hospitalizace a operace: OP - ruptura šlachy palce PDK

Úrazy: motonehoda ve 14 letech, kousnutí koněm

Transfúze: 0

Očkování: základní očkování

Léková anamnéza (chronická medikace): neužívá

Léky: 0

Potraviny: 0

Chemické látky: 0

Jiné: 0

Alkohol: příležitostně

Kouření: kuřák, 10 cigaret denně

Káva: příležitostně

Léky: 0

Jiné návykové látky: 0

Tabulka 3 Osobní anamnéza

Gynekologická anamnéza	Urologická anamnéza u mužů
Menarché: ve 14 letech Cyklus: pravidelný Trvání: jednou za měsíc, pět dní Intenzita, bolesti: střední PM: nepamatuje se A: 0 UPT: 0 Antikoncepce: neužívá Menopauza: 0 Potíže klimakteria: 0 Samovyšetřování prsou: neprovádí Poslední gynekologická prohlídka: nepamatuje se, na prevence chodí pravidelně	Překonaná urologická onemocnění: Samovyšetřování varlat: Poslední návštěva u urologa:

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: svobodná

Bytové podmínky: žije s přítelem

Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině i v zaměstnání dobré

Záliby: četba, jízda na koni

Volnočasové aktivity: rekreačně volejbal, dochází na keramický kroužek

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: střední škola, Obchodní akademie Rumburk

Pracovní zařazení: účetní

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: 0

Vztahy na pracovišti: bez narušení

Ekonomické podmínky: průměrné

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Religiózní praktiky: 0

FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU PROVEDENÉ 2. 7. 2017.

Tabulka 4 Fyzikální vyšetření sestrou

Hlava	Hlava normocefalická, poklep nebolestivý, bez známek deformit.
Oči	Zornice izokorické s fotoreakcí, bulby ve středním postavení, skléry bílé.
Uši, nos	Bez výtoků. V levé nosní dírce NGS, bez defektu, fixace náplastí.

Rty	Fyziologické. Bez známek cyanózy.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Bez defektů, růžové.
Jazyk	Plazí rovně, bez defektů.
Tonzily	Zvětšené.
Chrup	Vlastní.
Krk	Bez otoků, fyziologická náplň krčních žil.
Hrudník	Symetrický, bez patologie.
Plíce	Poslechově četné chrůpky a vrzoty, zavedena TSK, odsává se větší množství zpěněného krvavého sputa.
Srdce	Akce srdeční pravidelná.
Břicho	V niveau, peristaltika živá.
Játra	V oblouku.
Slezina	Nehmatná.
Genitál	Bez výtoků, labia oteklá.
Uzliny	Nezvětšené.
Páteř	Fyziologicky zakřivená.
Klouby	Bez otoků.
Reflexy	Vymizelé.
Čítí	Vymizelé.
Periferní pulzace	Hmatná.
Varixy	Bez varixů.
Kůže	Bez patologických eflorescencí.

Otoky	DKK bez otoků.
-------	----------------

UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.

Posouzení současného stavu ze dne 2. 7. 2017 dle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

Tabulka 5 Posouzení stavu dle fungujícího zdraví Marjory Gordonové

<p>1. Podpora zdraví</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uvědomování si zdraví • Management zdraví 	<p>Subjektivně: <i>Snažím se žít zdravě. Na preventivní prohlídky docházím pravidelně.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka dochází pravidelně na preventivní prohlídky. Chronickou medikaci neužívá.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
<p>2. Výživa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem potravy • Trávení • Vstřebávání • Metabolizmus • Hydratace 	<p>Subjektivně: <i>Jím zdravě, pokud mi to umožní čas, snažím se jíst pravidelně. Kávu a alkohol piji jen příležitostně. Kouřím a vím, že bych neměla. Tady v nemocnici nemám vůbec chuť k jídlu, ani cigaretu bych si nedala.</i></p> <p>Objektivně: Vzhledem k akutnímu stavu pacientky je výživa podávána cestou NGS. Per.os. příjem je omezen na příjem tekutin, sipping. Hydratace dostatečná, kožní turgor v normě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Dietní opatření vzhledem k akutnímu stavu a zavedení TSK.</p> <p>Priorita: nízká.</p>
<p>3. Vylučování a výměna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funkce močového systému • Funkce gastrointestinálního systému • Funkce kožního systému • Funkce dýchacího 	<p>Subjektivně: <i>V tomto ohledu jsem nikdy neměla žádný problém. Nyní skoro nepoznám, že potřebuji za záchod. Musíte mě mít jako malé dítě, stydím se sama za sebe. S dýcháním jsem nikdy před tím problém neměla, začali mi až tady u vás. Na ekzémy netrpím.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je pro inkontinenci moče zajištěna PMK. Stolice nepravidelná, formovaná. Kromě invazivních vstupů nemá žádné defekty. Dýchací systém musel být zajištěn</p>

<p>systemu</p>	<p>TSK, pro neschopnost udržet volné dýchací cesty.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušená tkáň pro invazivní vstupy. Snížená peristaltika, riziko zácpy. Zhoršená spontánní ventilace.</p> <p>Priorita: střední.</p>
<p>4. Aktivita – odpočinek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spánek, odpočinek • Aktivita, cvičení • Rovnováha energie • Kardiovaskulární-pulmonální reakce • Sebepéče 	<p>Subjektivně: <i>Doma jsem spala normálně, kolem 6 hodin denně. Problém se spánkem jsem začala mít až pár dní před příchodem do nemocnice, bolela mě totiž záda a nezabírali mi žádné léky na bolest, které jsem měla doma. Tady mi přijde, že spím celý den i noc a nestačí to. Ve volném čase ráda jezdím na koni, snad budu mít ještě někdy možnost se na něm projet. Ráda si zajdu s kamarádkou jednou za měsíc na masáž a pedikúru, je to takový náš holčičí den.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka nemá režim den a noc. Cítí se unavená, pro dávky analgosedace a vzhledem k náročnému 24 hodinovému režimu oddělení spí nepravidelně ve dne i v noci. Není schopná pohybu v lůžku. Pacientka má sklony k hypotenzi.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušený vzorec spánku, únava, zhoršená pohyblivost, snížený srdeční výdej.</p> <p>Priorita: střední.</p>
<p>5. Percepce/kognice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pozornost • Orientace • Kognice • Komunikace 	<p>Subjektivně: <i>Slyším i vidím dobře, brýle jsem nikdy nenosila. Jmenuji se XX, ležím na ARU v Liberci a dnes je myslím neděle 2. 7. 2017. Ted' nemohu mluvit, přijdu si tak hrozně sama.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je orientovaná časem, osobou i místem. Komunikace z důvodu zavedení TSK obtížná.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Zhoršená verbální komunikace.</p> <p>Priorita: střední.</p>
<p>6. Sebepercepce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebepojetí • Sebeúcta • Obraz těla 	<p>Subjektivně: <i>Není mi dobře, nemůžu se hýbat. Chtěla bych domů k rodině.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má strach a obavy z budoucnosti. Negativistická.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Beznaděj. Narušená osobní identita. Narušený obraz těla.</p>

	Priorita: nízká.
7. Vztahy mezi rolemi <ul style="list-style-type: none"> • Role pečovateli • Rodinné vztahy • Plnění rolí 	<p>Subjektivně: <i>Jsem nekonfliktní a v rodině i v práci mám dobré vztahy. Chtěla bych, aby tady semnou mohl být přítel, cítím se sama. Nechci, abyste šla k jinému pacientovi, zůstaňte tu semnou.</i></p> <p>Objektivně: Pacientku pravidelně navštěvuje přítel i rodina. Cítí strach a úzkost, vyžaduje zvýšenou pozornost ošetřujícího personálu.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Zhoršená sociální interakce.</p> <p>Priorita: nízká.</p>
8. Sexualita <ul style="list-style-type: none"> • Sexuální funkce • Reprodukce 	<p>Subjektivně: <i>Nic nenormálního.</i></p> <p>Objektivně: Pacientce nebylo příjemné mluvit o sexualitě.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
9. Zvládání/tolerance zátěže <ul style="list-style-type: none"> • Posttraumatické reakce • Reakce na zvládání zátěže • Neurobehaviorální stres 	<p>Subjektivně: <i>Normálně zvládám stres docela dobře. Nebývám pod nátlakem. Tato nemoc je pro mě velmi stresující, bojím se, že nebudu už nikdy chodit a normálně žít.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má strach z budoucnosti. Chronicky antidepressiva neužívá, v době hospitalizace ano.</p> <p>Ošetřovatelský problém: Úzkost.</p> <p>Priorita: nízká.</p>
10. Životní principy <ul style="list-style-type: none"> • Hodnoty • Přesvědčení • Soulad hodnot/přesvědčení/jednání 	<p>Subjektivně: <i>Nevěřím v boha ani jiné nadpřirozeno. Nikdy jsem k tomu ani nebyla vedená. Do kostela chodím jen na Vánoce.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je nevěřící. Do kostela chodí jednou za rok v rámci Vánoc.</p> <p>Ošetřovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>
11. Bezpečnost – ochrana <ul style="list-style-type: none"> • Infekce • Fyzické poškození • Násilí 	<p>Subjektivně: <i>Cítím se s vámi v bezpečí, ale vadí mi, že se nemohu hýbat. Myslíte, že budu zase zdravá?</i></p> <p>Objektivně: Pacientka je zajištěna invazivními vstupy: TSK, CVK, ART, PMK, hemodializačním katétre a NGS.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Environmentální rizika • Obranné procesy • Termoregulace 	<p>Invazivní vstupy bez známek infekce.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Narušená integrita kůže a tkáně. Riziko infekce, riziko aspirace, riziko dekubitu.</p> <p>Priorita: nízká.</p>
<p>12. Komfort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tělesný komfort • Komfort prostředí • Sociální komfort 	<p>Subjektivně: <i>Bolí mě celý člověk, ale nic na bolest nechci, spím pak. Na televizi koukat nechci, nebaví mě to.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka má dle ordinace podávány analgetika. Navýšení dávky odmítá. Úlevová poloha je s ohledem na zdravotní stav velmi složitá.</p> <p>Ošetrovatelský problém: Bolest. Zhoršený komfort. Osamělost.</p> <p>Priorita: střední.</p>
<p>13. Růst/vývoj</p> <ul style="list-style-type: none"> • Růst • Vývoj 	<p>Subjektivně: <i>Myslím, že jsem normální. Nechtěla bych vážit méně.</i></p> <p>Objektivně: Pacientka nemá v tomto ohledu problém. BMI v normě.</p> <p>Ošetrovatelský problém: 0</p> <p>Priorita: 0</p>

3.2 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

Ordinovaná vyšetření:

EMG: snížení rychlosti vedení, prodlužuje se terminální latence a prodlužuje se latence F vlny.

EKG: sinusová tachykardie, jinak bez patologie.

Kontrolní RTG S+P: kontrolní RTG snímek proveden v poloze v leže, popsáno uložení NGS v žaludku, CVK směřuje správně, pneumothorax neprokázán, srdce nezvětšené, pravá plíce zánětlivé změny pro hypoventilaci. Nález na orgánech dutiny hrudní je v mezích normy. Stacionární nález TSK.

Ultrazvuk břicha: játra nepřesahují žeberní oblouk, mají difúzně přiměřenou echogenitu a homogenní strukturu. Žlučník má přiměřenou velikost a anechogenní obsah. Extra i intrahepatální žlučovody jsou bez dilatace. Obě ledviny mají přiměřenou velikost, tvar, uložení a strukturu, duté systémy jsou bez dilatace. Slezina nezvětšená s homogenní strukturou. Pankreas má přiměřenou strukturu a velikost. Paraaortální oblast a okolí ilických svazků jsou překryty. Močový měchýř prázdný. Volná tekutina v dutině břišní nediferencována.

Konzervativní léčba:

dietoterapie, analgezie, rehabilitace, psychoterapie.

Dieta, výživa:

sipping, možnost zkoušet přesnídávky a jogurty per os dle pacientky. Výživa enterální pomocí NGS: Jevity HP rychlost 65 ml/hodinu.

Pohybový režim:

klid na lůžku, rehabilitace.

RHB:

2x denně pasivní rehabilitace v lůžku a dechová cvičení. 1x denně motomed.

Monitorace:

Vzhledem k možným hemodynamickým nestabilitám monitorujeme přímí arteriální tlak, dále sledujeme pulz, tělesnou teplotu, dechovou frekvenci a dechové objemy v rámci UPV, EtCO₂. Sledujeme stav vědomí pomocí glasgow coma scale a bolest pomocí numerické škály bolesti. Každý den monitorujeme výsledky laboratorních vyšetření.

Medikamentózní léčba:

Tabulka 6 Medikamentózní terapie

Název léku	Forma/cesta podání	Síla	Dávkování	Skupina
-------------------	---------------------------	-------------	------------------	----------------

Merone	Prášek k naředění/ i.v.	2g	2g á 8 hod.	Antibiotikum
Clexane	Před plněná injekční stříkačka/s.c.	0,4 ml	0,4 ml á 24 hod.	Antikoagulancia
Nolpaza	Prášek k naředění/i.v.	40 mg	40 mg á 12 hod.	Antiulcerotikum
Sufentanil	Roztok k naředění/i.v.	250 mikrogramů	2 ml/hod.	Opiát
Novalgín	Roztok k naředění/i.v.	1g	1g á 6 hod.	Analgetikum
Atarax	Tableta/d.s.	25mg	50mg á 8 hod.	Anxiolytikum
Mirtazapín	Tableta/d.s.	45mg	45mg á 24 hod.	Antidepresivum
Itoprid	Tableta/d.s.	50mg	50mg á 8 hod.	Prokinetikum
Motilium	Tableta/d.s.	10mg	10mg á 8 hod.	Antiemetikum
Milgamma N	Tableta/d.s.		1 tbl á 8 hod.	Vitamín
Lyrica	Tableta/d.s.	75mg	75mg á 12 hod.	Anticonvulsivum
Noradrenalin	Roztok k naředění/i.v.	5mg/50ml	0-10 ml, dle MAP 70-90 mmHg	Sympatomimetikum

Chirurgická léčba (výkon, kdy): 0

3.3 SITUAČNÍ ANALÝZA ke dni 2. 7. 2017

Žena, 33 let. Pacientka přichází dne 27. 6. 2017 na interní příjem dospělých v Liberci pro vícedenní neutišitelné bolesti zad. Již několik dní nemůže pro bolest spát

a analgetika volně dostupná bolest netlumí. Pacientce udělán základní laboratorní screening a přivoláno neurologické konsilium. Během pobytu na interní ambulanci se začal pacientky stav zhoršovat. Popisuje brnění dolních i horních končetin v oblasti prstů. Pro zhoršení subjektivních symptomů pacientka přijatá na JIP neurologické jednotky k monitoraci celkového stavu a k došetření analgetické terapie pro bolesti zad. 28. 6. 2017 od ranních hodin zvrací, dochází k progresi symptomů. Ústup algii, rozvoj chabé kvadrusymptomatie, více na DKK, postižené i svalstvo trupu. Rozvoj periferní paresy, hypo až areflexie končetin. Vzhledem k výraznému zhoršení stavu provedeno MR vyšetření, nález bez patologie. Po návratu z MR vyšetření opakovaná hemoptýza. Domluven překlad ARO.

Dne 28. 6. 2017 v odpoledních hodinách pro zhoršení stavu pacientka přijatá na ARO lůžka Liberec. Po přijetí na oddělení zavádíme PMK, kanylujeme CVK a arteriální katétr. Pacientka hypotenzní, tachykardická. Postupně zhoršení ventilace, pokles saturace kyslíku v krvi, nutná intubace. Provedeno EMG vyšetření kde nacházíme lehkou smíšenou polyneuropatii s postižením motorického vedení. Proveden odběr likvoru a RTG srdce plíce. Dne 29. 6. 2017 dle nálezu v likvoru a EMG vyšetření potvrzena diagnóza GBS s AIDP formou. Pacientka zajištěna hemodialyzačním katétrem, TSK, NGS a započala se terapie plazmaferézou.

Dne 2. 7. 2017, pátý den hospitalizace. Pacientka je v kontaktu, orientovaná. Napojená na UPV. Není schopna hýbat dolními ani horními končetinami, neodkašle, pouze slabě artikuluje, polykání zachováno. Pacientka si stěžuje na bolest celého těla, zvýšení dávek analgosedace odmítá, je po vyšší dávce spavá. Stěžuje si také na únavu a nekvalitní spánek. Spí přes den, v noci má pak problém usnout nebo se budí. Per os příjem odmítá, výživa podávaná cestou NGS. Pacientka je zcela závislá na ošetrovatelské péči. Trpí inkontinencí moče i stolice. Návštěvy docházejí několikrát během dne. Pacientka je svém stavu plně informována. Snaha o weaning od ventilátoru, pacientka vydrží odpojena na zvlhčovač kolem 10 minut, tento proces opakujeme 5x za den. Pravidelně monitorujeme fyziologické funkce, ordinace plníme dle lékaře. Hygienu celého těla provádíme 2x denně, poté dle potřeby během dne. Pravidelně odsáváme sekret z dýchacích cest a pravidelně provádíme péči o dutinu ústní. Denně kontrolujeme a převazujeme invazivní vstupy. Polohujeme pacientku každé dvě hodiny přes den a každé tři hodiny v noci dle tolerance. Léčebná plazmaferéza je aplikována každý

druhý den, stav pacientky zatím bez lepšího neurologického nálezu. Dne 2. 7. 2017 aplikována třetí plazmaferéza, v dlouhodobém plánu devět aplikací této metody.

3.4 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ DLE NANDA I TAXONOMIE II 2015-2017

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle NANDA INTERNATIONAL, 2015. Jsou zde stanovené všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly u pacientky zjištěny dne 2. 7. 2017. Rozpracovány jsou tři aktuální ošetřovatelské diagnózy. Na realizaci ošetřovatelského plánu se podílel celý ošetřovatelský personál. Hodnocení probíhá třetí den od stanovení plánu a jeho realizace, osmý den hospitalizace. Diagnózy jsou uspořádané dle priorit s ohledem na pacientku.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00032 Neefektivní vzorec dýchání

UZ (určující znak): snížená vitální kapacita plic, pokles minutové ventilace

SF (související faktor): neuromuskulární poškození

00132 Akutní bolest

UZ: expresivní chování

SF: biologičtí původci zranění, fyzikální původci zranění

00029 Snížený srdeční výdej

UZ: tachykardie

SF: změny hodnot krevního tlaku

00051 Zhoršená verbální komunikace

UZ: neschopnost mluvit

SF: fyzická bariéra

00046 Narušená integrita kůže

UZ: průnik cizího tělesa kůží

SF: mechanické faktory

00044 Narušená integrita tkáně

UZ: poškozená tkáň

SF: periferní neuropatie

00085 Zhoršená tělesná pohyblivost

UZ: zhoršené provádění hrubých i jemných motorických dovedností

SF: neuromuskulární poškození

00018 Reflexní inkontinence moče

UZ: nepocit'ování potřeby se vymočit

SF: neurologické postižení nad úrovní sakrálního centra

00014 Inkontinence stolice

UZ: neschopnost rozpoznat plnost rektu

SF: poškození periferního motoneuronu (dolního motorického nervu)

00002 Nevyvážená výživa: méně než je potřeba organismu

UZ: nezáměr o jídlo

SF: psychogenní faktory

00095 Nespavost

UZ: zhoršený zdravotní stav

SF: environmentální faktory

00198 Narušený vzorec spánku

UZ: nechtěné probouzení

SF: nedostatek soukromí při spánku

00091 Zhoršená pohyblivost v lůžku

UF: zhoršená schopnost změnit pozici na lůžku

SF: neuromuskulární poškození

00093 Únava

UF: neposilující spánek

SF: fyzický stav

00108 Deficit sebepéče při koupání

UF: zhoršená schopnost umýt si tělo

SF: neuromuskulární poškození

00109 Deficit sebepéče při oblékání

UF: zhoršená schopnost obléknout nebo svléknout si potřebné části oděvu

SF: neuromuskulární poškození

00102 Deficit sebepéče při stravování

UF: zhoršená schopnost zacházet s příborem

SF: neuromuskulární poškození

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

UZ: zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

SF: neuromuskulární poškození

00148 Strach

UZ: pociťuje obavy

SF: přirozená reakce na stimuly

00121 Narušená osobní identita

UZ: změněný obraz těla

SF: situační krize

00120 Situačně nízká sebeúcta

UZ: bezmocnost

SF: zhoršení funkcí

00118 Narušený obraz těla

UZ: změna tělesných funkcí

SF: změna tělesné funkce

00052 Zhoršená sociální interakce

UZ: narušení společenského fungování

SF: komunikační bariéra

00059 Sexuální dysfunkce

UZ: změna v sexuální aktivitě

SF: změněná funkce těla

00146 Úzkost

UZ: strach

SF: ohrožení smrtí

00214 Zhoršený komfort

UZ: strach

SF: symptomy související s nemocí.

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

00004 Riziko infekce

RF (rizikový faktor): invazivní vstupy

00036 Riziko udušení

RF: zhoršení motorických funkcí

00015 Riziko zácpy

RF: snížená motilita gastrointestinálního traktu

00203 Riziko neefektivní renální perfuze

RF: léčba

00173 Riziko akutní zmatenosti

RF: alterace cyklu spánek/bdění

00225 Riziko narušení osobní identity

RF: situační krize

00039 Riziko aspirace

RF: tracheostomická kanyla

00206 Riziko krvácení

RF: léčba

00155 Riziko pádu

RF: zhoršená mobilita

00220 Riziko tepenného krvácení

RF: neuropatie

00250 Riziko poranění močového ústrojí

RF: vícenásobné katetrizace

00249 Riziko dekubitu

RF: snížená mobilita

00217 Riziko alergické reakce

RF: vystavení se alergenům

00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty

RF: farmaka

00054 Riziko osamělosti

RF: sociální izolace.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy:

Neefektivní vzorec dýchání (00032)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 4: Kardiovaskulární/pulmonální reakce

Definice: *Inspirace (vdech) a/nebo expirace (výdech), které neumožňují dostatečnou ventilaci* (NANDA, 2015, s. 199).

Určující znaky:

- abnormální vzorec dýchání
- snížený inspirační tlak
- pokles minutové ventilace
- snížená vitální kapacita plic
- tachypnoe
- prodloužená expirační fáze dýchání

Související faktory:

- úzkost
- neurologické poškození

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacientka má čisté dýchání a zlepšenou oxygenaci do 3 dnů.

Cíl krátkodobí: Pacientka udává zlepšení dýchání do 1 dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má zlepšení hodnot krevních plynů do 12 hodin.
- Pacientka nepocítuje dušnost do 30 minut.
- Pacientka má zlepšenou saturaci kyslíku v krvi do 60 minut.

Plán intervencí:

- Zjistí vyvolávající příčinu neprůchodnosti dýchacích cest – všeobecná sestra, do 5 minut.
- Zhodnotí základní životní funkce – všeobecná sestra, do 5 minut.
- Informuj ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra, do 5 minut.
- Odsávej pacientku pravidelně z dolních cest dýchacích – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Kontroluj správné uložení TSK – všeobecná sestra, 2x denně a dle potřeby.
- Zajisti vhodnou polohu pacienta – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Zajisti nedislokaci TSK při manipulaci s pacientkou – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Prováděj pravidelně hygienu dutiny ústní – všeobecná sestra, 6x denně.
- Pomáhej pacientce překonat pocit úzkosti ze subjektivního pocitu nedostatku kyslíku – všeobecná sestra, při obtížích.
- Prováděj kontrolní odběry – všeobecná sestra, dle ordinace.
- Zhodnotí výsledky prováděných odběrů – všeobecná sestra, dle ordinace lékaře.

- Předej informaci o dechové tísní rehabilitačnímu pracovníkovi – všeobecná sestra, při obtížích.
- Zaznamenávej vše do dokumentace – všeobecná sestra, po celý den.

Realizace:

Pacientka má kontinuálně monitorovány fyziologické funkce. Hodnoty fyziologických funkcí jsou pravidelně zapisovány do ošetrovatelské dokumentace. Při nefyziologických hodnotách informován ošetřující lékař. Při poklesech saturace kyslíku nutné odsát z dolních cest dýchacích a informovat lékaře pokud se saturace neustálí v mezích normy. Medikaci podáváme dle ordinace a podání zaznamenáváme do dokumentace. Provádíme pravidelnou hygienu dutiny ústní. Pacientku v pravidelných intervalech polohujeme a polohování zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace. V noci volíme polohu příjemnou pro pacientku, abychom zajistili kvalitní spánek. Při dechové tísní necháme pacientku na zádech, elevace 30° a snažíme se ji uklidnit, odsajeme možný sekret z dolních dýchacích cest. Krevní plyny a další odběry jsou realizované dle ordinace lékaře. Pokud zhodnotíme výsledky zasahující mimo fyziologické rozmezí informujeme lékaře.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Pacientka má zlepšenou oxygenaci, dýchání stále oslabené. Intervence přetrvávají.

Zhoršená verbální komunikace (00051)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 5: Komunikace

Definice: *Snížená, zpožděná či neexistující schopnost přijímat, zpracovat, vysílat nebo využívat systém symbolů* (NANDA, 2015, s. 234).

Určující znaky:

- absence očního kontaktu
- potíže s mluvením
- neschopnost vyjádřit se řečí těla
- špatná artikulace, drmolání

Související faktory:

- emoční narušení
- fyziologický stav
- fyzická bariéra

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je schopna správně artikulovat a vyjádřit a své potřeby do 2 týdnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka je schopna přivolat ošetřující personál dle její potřeby do 3 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe příčinu, která neumožňuje normální komunikaci do 1. dne hospitalizace.
- Pacientka se nestydí komunikovat s personálem a svým okolím do 3 dnů.
- Pacientka je schopna vyjádřit a popsat své potřeby do 3 dnů.
- Pacientka je trpělivá při komunikaci se svým okolím do 3 dnů.
- Pacientka je schopná správně artikulovat do 3 dnů.

Plán intervencí:

- Vysvětlí pacientce důvod, proč nemůže mluvit – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Zhodnotí úroveň komunikace – všeobecná sestra, denně.

- Ujistí se, že pacientka plně chápe stav, pro který nemůže mluvit – všeobecná sestra, denně.
- Vysvětlí pacientce důležitost správné artikulace – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Apeluji při komunikaci na pomalou a zřetelnou artikulaci – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Požádej pacientku o trpělivost během komunikace – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Poskytni pacientce dostatek času při rozhovoru – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Požádej o případné zopakování či o jinou formu vyjádření při nepochopení – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Zhodnot' potřebu logopedie – všeobecná sestra, dle potřeby.
- Domluv si způsob, jakým může pacientka přivolat sestru – všeobecná sestra, denně.
- Zaznamenej vše do dokumentace – všeobecná sestra, celý den.

Realizace:

Během služby je dohodnutá signalizace přivolání ošetřovatelského personálu. Smluvená signalizace je zaznamenaná do dokumentace a předaná ostatnímu ošetřovatelskému personálu.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn.

Dlouhodobý cíl splněn částečně. Pacientka se snaží vyjádřit své potřeby, artikulace zlepšená. Intervence přetrvávají.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: *Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem (NANDA, 2015, s. 404).*

Určující znaky:

- změna chuti k jídlu
- změny ve fyziologických funkcích
- diaforeze
- nesoustředěné chování
- důkazy o bolesti zaznamenané pomocí standardizovaných škál bolesti
- expresivní chování
- zúžené zaměření pozornosti
- zaměřenost na sebe

Související faktory:

- biologičtí původci zranění
- fyzikální původci zranění

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka do 3 dnů neudává bolesti.

Cíl krátkodobý: Pacientka po zahájení analgetické terapie udává zmírnění bolestí do 3 hodin. Intenzita bolesti klesne z hodnoty 7 na hodnotu 3.

Očekávané výsledky:

- Pacientka je schopná hodnotit svou bolest dle numerické škály bolesti do 2 hodin od příjmu na oddělení.

- Pacientka umí požádat o analgetickou terapii do 1 hodiny od příjmu.
- Pacientka umí vyhodnotit úlevovou polohu do 2 dnů od příjmu na oddělení.
- Pacientka udává zmírnění bolestí do 2 dnů od příjmu na oddělení.
- Pacientka udává zlepšení kvality spánku do 3 dnů od příjmu na oddělení.

Plán intervencí:

- Edukuj pacientku o sledování intenzity bolesti pomocí numerické škály bolesti – všeobecná sestra, do 2 hodin od příjmu.
- Monitoruj a zapisuj do ošetrovatelské dokumentace intenzitu bolesti pomocí numerické škály bolesti – všeobecná sestra, každé 2 hodiny.
- Monitoruj všechny projevy bolesti – všeobecná sestra, celý den.
- Zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace neverbální projevy bolesti – všeobecná sestra, průběžně.
- Dohodni si s pacientkou způsob přivolání personálu v případě bolesti – sestra, při začátku ošetřování.
- Polohuj pacientku do úlevové polohy – všeobecná sestra, podle potřeby.
- Podávej analgetickou terapii dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, dle ordinace.
- Monitoruj a zaznamenávej účinek analgetik do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
- Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce do ošetrovatelské dokumentace – všeobecná sestra, průběžně.
- Zajisti dobré podmínky pro kvalitní spánek – všeobecná sestra, každý den.
- Zajisti komfort pacientky – všeobecná sestra, průběžně.

Realizace:

S pacientkou domluveno heslo k přivolání ošetřovatelského personálu v případě potřeby, tato smluvená signalizace předána ostatnímu ošetřovatelskému personálu. Pacienta edukována o využití numerické škály bolesti. Bolest monitorována a zaznamenávána do ošetřovatelské dokumentace každé dvě hodiny. Fyziologické funkce monitorovány kontinuálně přes monitor a zapisovány každou hodinu do ošetřovatelské dokumentace. Pacientka průběžně během dne polohována do úlevových poloh na pravý a levý bok. Při správném napolohování udává zmírnění bolestí. Analgetika podávána dle ordinace. Pacientce pro snížení bolesti a pro zajištění většího komfortu podáván kontinuálně opiát i.v. cestou. Snažíme se po desáté hodině večerní eliminovat světlo a hluk pro zajištění lepšího spánku. Po domluvě s lékařem přes noc nepolohujeme každé tři hodiny, ale dle pacientky.

Hodnocení:

Krátkodobý cíl splněn. Při pravidelném podání analgetik za podpory správného napolohování do úlevové polohy pacientka udává zmírnění bolesti.

Dlouhodobý cíl nesplněn. Bolest je mírnější, ale stále přítomná. Intervence přetrvávají.

3.5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Díky získaným zkušenostem při ošetřování pacienta s GBS a díky čerpání poznatků z odborné literatury uvádíme následná doporučení pro pacienty a zdravotnický personál.

Doporučení pro pacienty:

- Nebát se příchodu k odborníkovi a řešit své zdravotní problémy.
- Dodržovat léčebné postupy.
- Udržet si optimistický přístup.
- Aktivně se zapojit do léčebného režimu.

- Pravidelně navštěvovat psychologa.
- Udržovat pozitivní vztahy se svým okolím, neuzavírat se do sebe.
- Dodržovat doporučení lékařů.

Doporučení pro ošetřující personál:

- Držet si empatický přístup.
- Mít dostatek času při ošetřování.
- Individuální přístup.
- Spolupracovat s rodinou a blízkými.
- Dbát na psychiku pacientů.
- Holistický přístup.
- Nepodceňovat bolest, pocity a obavy nemocného.
- Sestavit individuální plán ošetřování, který dodržuje celý ošetřovatelský tým.

ZÁVĚR

GBS je z hlediska lékařského i ošetrovatelského velmi obtížné a náročné onemocnění. Je nutné dbát na velmi křehkou psychiku nemocného i jeho blízkých a rodiny. Během celého procesu zotavování, od akutní fáze až po rehabilitaci je nutná plná důvěra mezi nemocným a ošetrovatelským personálem. Problematika GBS je velmi obsáhlá ve svém základním onemocnění, tak v komplikacích a přidružených onemocněních, která nastanou během dlouhodobého procesu zotavování.

Na počátku bakalářské práce jsme si vytyčili čtyři cíle a ty jsme splnili. V teoretické práci jsme rozebrali GBS a specifika ošetrovatelské práce. Praktickou část jsme věnovali konkrétní pacientce s GBS a rozpracovali jsme ošetrovatelský proces podle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Ošetrovatelský proces byl tvořený individuálně dle potřeb pacientky a vznikl během tří dnů práce s nemocným.

Pevně věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem a zdrojem nových a zajímavých informací o složitém a neobvyklém onemocnění nejen studentům zdravotnických škol, ale také všeobecným sestřám a ošetrovatelskému personálu na oddělení intenzivní péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANAND B. PITHADIA, NIMISHA KAKADIA. *Guillian-Barré Syndrome*. Department of Pharmacology, Parul Institute of Pharmacy. At and PO Limda, Waghodia, Baroda, Gujarat, India. Pharmacological reports 2010, 62, 220-232, ISSN 1734-114

AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2008-. ISBN 978-80-7387-157-4.

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-707-3.

BEDNAŘÍK, Josef. *Josef Bednařík* [online]. Brno: Neurologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno, 2011, s. 394–397 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/05.pdf>

BURNS, M. T. *Guillain-Barré syndrome: M.T. Burns* [online]. 2008, 28(2) [cit. 2018-03-21]. ISSN 0271-8235.

GRAY, Thomas, Richard WEST, Thomas ASHTON a Horace WALPOLE, TOYNBEE, Paget Jackson, ed. *The correspondence of Gray, Walpole, West and Ashton*. Oxford: Clarendon Press, 1915.

Havránek, J. Guillain-Barré syndrom. *Pediatric pro praxi: Pediatric pro praxi* [online]. 2008, 2008, 9(1), 51-54 [cit. 2018-03-21].

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

HOFFMANNOVÁ, Petra a Lenka PLÍVOVÁ. *Základy ošetrovatelské péče*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-340-8.

HOLUBÁŘOVÁ, D. a J. PAVLŮ. *Proprioceptivní neuromuskulární facilitace: 1. část*. 2. upravené vyd. Praha: Karolinum, 2013, 115 s. ISBN 978-80-249-1941-5.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram)*. Vyd. 2., dopl. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-423-2.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRHUT, Jan. *Neuourologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-360-5.

M., Fang-Cheng a ZHONG. *Word journal of pediatrics: Current perspectives on Guillain-Barré syndrome*. 2007, **3**(no. 3), 187-194.

MALÍČKOVÁ, K. a A KOL. *Protilátky proti glykokonjugátům v diagnostice autoimunitních neuropatií. Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2007, 2008, 103(6) [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?id=nn_07_06_03.pdf

NANDA INTERNATIONAL, 2017. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015–2017*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5412-3.

PARRY, Gareth J. a Joel S. STEINBERG. *Guillain-Barré syndrome: from diagnosis to recovery*. Saint Paul, Minn.: AAN Press, c2007. ISBN 978-1-932603-56-9.

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

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.

POKORNÁ, Andrea a Alena KOMÍNKOVÁ. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Vyd. Masarykova univerzita 2013. ISBN 978-80-210-6331-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.

WINER, B.J. Guillain-Barré syndrome: BMJ. *Guillain-Barré syndrome* [online]. 2008, 337(671) [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: http://www.bmj.com/content/337/bmj.a671?ath_user=nhslnrjshipley001&ath_ttok=%3CTNHe6qPYT

ZAZULA R., ŘEZÁČ T., CIHLÁŘ J. *Anesteziologicko-resuscitační klinika 1. LF UK a FTNsP, Praha*. PRAKTICKÝ LÉKAŘ 2008, 88, č. 10.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

PŘÍLOHY

Příloha A – Numerická škála bolesti

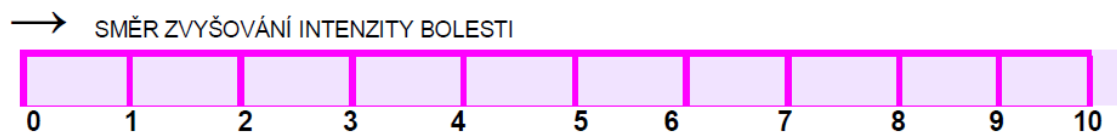
Příloha B - Glasgow coma škála

Příloha C - Stupnice Nortonové, hodnocení vzniku dekubitů

Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

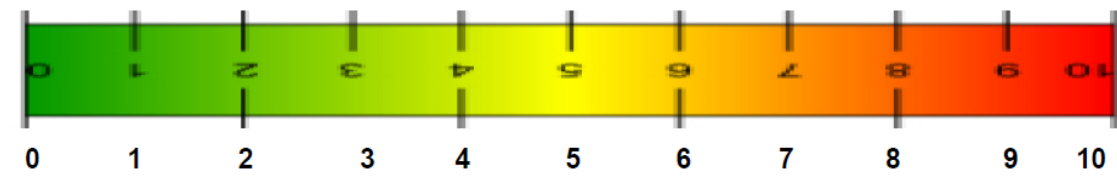
Příloha E - Rešeršní protokol

Příloha A – Numerická škála bolesti

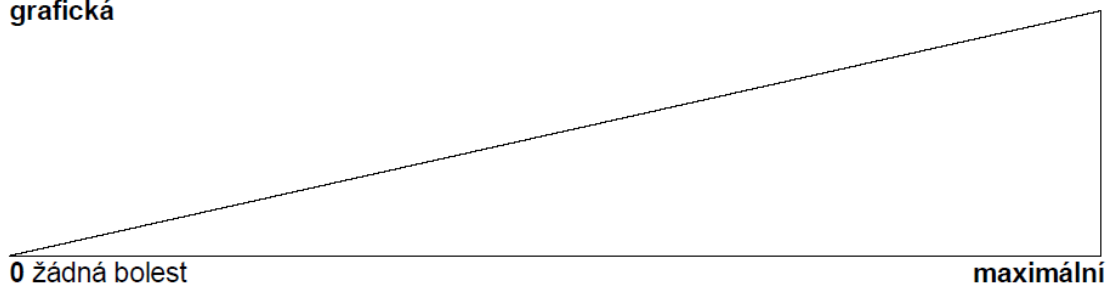


analogová:

barevná



grafická



Příloha B – Glasgow coma škála

TESTOVANÁ ODPOVĚĎ	BODY
OTEVŘENÍ OČÍ	
Spontánní	4
Na oslovení (zvuk)	3
Na bolest	2
Nepřítomno	1
NEJLEPŠÍ SLOVNÍ ODPOVĚĎ	
Orientovaná	5
Zmatená	4
Nepřiléhavá	3
Nesrozumitelná	2
Žádná	1
NEJLEPŠÍ MOTORICKÁ ODPOVĚĎ	
Uposlechne příkazů	6
Lokalizuje bolest (ožene se)	5
Ustupuje, odtahuje se	4
Flexe HK na bolest (dekortikace)	3
Extenze HK na bolest (decerebrace)	2
Žádná	1

GLASGOW COMA

SCALE (GCS)

- Nejužívanější orientační škála hodnocení poruch vědomí,
- standard na JIP a IJ
- Lékaři i sestry...
- Minimum = 3 (coma dépassé)
- Maximum = 15 (norma)
- Snadná, ale nelze správně skórovat např. u poruch řeči či specifické klinické syndromy (locked-in sy., perzistentní vegetativní stav)

Příloha C - Stupnice Nortonové, hodnocení vzniku dekubitů

Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové

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

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

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

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

V Praze dne.....

.....
Jméno a příjmení studenta

Příloha E – Rešeršní protokol

PRŮVODNÍ LIST REŠERŠÍ

Jméno: Útratová Lenka

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta se syndromem Guillain-Barré.

Jazykové vymezení: český jazyk, anglický jazyk

Klíčová slova: Guillain-Barré syndrom - Guillain-Barré Syndrome, Ošetrovatelská péče - Nursing care, Pacient – Patient, Polohování - Body positioning, Rehabilitace – Rehabilitation

Časové vymezení: 2017-2018

Druhy dokumentů: knihy, odborné články, časopisy, sborníky, elektronické zdroje, kvalifikační (diplomové práce).

Počet záznamů: 26 zdrojů

Použité prameny: www.prolekare.cz, www.medvik.cz, www.theses.cz, www.proquest.com, www.google scholar.com, www.sciencedirect.com, www.medlinecomplete.com a katalog knihovny Krajské nemocnice Liberec a.s.

Vypracovala: Mgr. Hrušovská Andrea, knihovna@nemlib.cz,