

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

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

**Bakalářská práce**

**LUCIE MACHALÍČKOVÁ**

**Praha 2018**

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

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

**Bakalářská práce**

**LUCIE MACHALÍČKOVÁ**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

**Praha 2018**



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

MACHALÍČKOVÁ Lucie  
3BVS

### Schválení tématu bakalářské práce

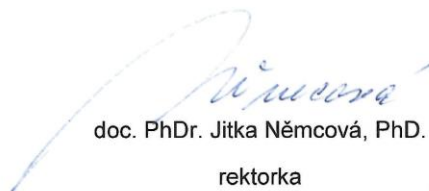
Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou

*Complex Nursing Care in a Patient with Ischemic Stroke*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD.

V Praze dne 20. září 2018



doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce PhDr. Janě Hlinovské, PhD. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podněty při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a pacientovi, který mi umožnil sesbírat informace potřebné k napsání praktické části mé bakalářské práce.

## ABSTRAKT

MACHALÍČKOVÁ, Lucie. *Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Jana Hlinovská, PhD. Praha, 2018. 74 s.

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá charakteristikou ischemické cévní mozkové příhody, klinickými příznaky, vyšetřovacími metodami a terapií. Dále je teoretická část věnována specifickým ošetrovatelské péče u ischemické cévní mozkové příhody, fyzioterapii, logopedii ergoterapii a je také uvedena nezbytná role sestry v péči o pacienta po cévní mozkové příhodě. Cílem teoretické části je zmapovat aktuální problematiku ischemické cévní mozkové příhody dle řešeršní strategie.

Cílem praktické části bakalářské práce je vypracování detailní kazuistiky u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Dále jsou sepsány ošetrovatelské diagnózy a sestaven ošetrovatelský plán. Při zhodnocení pacienta byl použit model Virginie Henderson. Dále je vytvořeno doporučení pro praxi a v přílohách jsou uvedené škály použité při zpracování praktické části bakalářské práce a informační leták pro rodinu pacienta.

Klíčová slova:

Cévní mozková příhoda. Ischemická cévní mozková příhoda. Iktová centra v České republice. Komplexní ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče. Pacient.

## ABSTRACT

MACHALÍČKOVÁ, Lucie. *Complex nursing care of a patient after ischemic stroke*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Jana Hlinovská PhD. Prague. 2018. 74 pages.

The subject of the bachelor thesis is complex nursing care in a patient with ischemic cerebrovascular accident. This bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the characteristic of ischemic stroke, clinical symptoms, examination methods and therapies. Further, the theoretical part is devoted to the specifics of nursing care in ischemic stroke, physiotherapy, speech therapy and ergotherapy. The aim of the theoretical part is to map the current issue of ischemic stroke according to the research strategy.

The aim of the practical part of the bachelor thesis is to prepare a case report for a patient with an ischemic cerebrovascular accident. Further, nursing diagnoses are written and a nursing plan is drawn up. The patient model was used by Virginia Henderson. Additionally, there is a recommendation for practice and the annexes used are the scales used in the practical part of the bachelor thesis.

Keywords:

Stroke. Ischemic stroke. Centers in the Czech Republic. Complex nursing care. Nursing Care. Patient.

# OBSAH

<b>PROHLÁŠENÍ .....</b>	<b>4</b>
<b>PODĚKOVÁNÍ .....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRAKT .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>11</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH VÝRAZŮ .....</b>	<b>12</b>
<b>ÚVOD .....</b>	<b>15</b>
<b>1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA.....</b>	<b>18</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY....	18
1.2 ROZDĚLENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY .....	19
1.2.1 Dle příčiny vzniku .....	19
1.3 Dle průběhu.....	19
<b>2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA ISCHÉMICKÁ.....</b>	<b>21</b>
2.1 EPIDEMIOLOGIE.....	21
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY ISCHÉMICKÉ CMP .....	22
2.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné .....	22
2.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné .....	22
2.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY ISCHÉMICKÉ CMP .....	23
2.4 PŘÍČINY ISCHÉMICKÉ CMP.....	24
2.5 PREVENCE ISCHÉMICKÉ CMP .....	24
2.6 DIAGNOSTIKA ISCHÉMICKÉ CMP .....	25
2.7 PŘEDNEMOCNIČNÍ PÉČE U ISCHÉMICKÉ CMP .....	25
2.8 NEMOCNIČNÍ PÉČE U ISCHÉMICKÉ CMP .....	26



<b>3</b>	<b>LÉČBA CMP .....</b>	<b>27</b>
3.1	Antiedematózní léčba.....	27
3.2	Antiagregační léčba.....	27
3.3	Antikoagulační léčba.....	27
3.4	Léčba rizikových vaskulárních faktorů.....	28
3.5	Intravenózní trombolýza .....	28
3.5.1	Indikace .....	28
3.5.2	Kontraindikace .....	28
3.6	Intraarteriální terapie.....	29
3.6.1	Indikace .....	29
3.6.2	Kontraindikace .....	30
3.7	Sonolýza.....	30
3.7.1	Indikace .....	30
3.7.2	Kontraindikace .....	30
3.8	„Bridging terapie“ .....	30
3.8.1	Indikace .....	30
3.8.2	Kontraindikace .....	30
<b>4</b>	<b>KOMPLEXNÍ CEREBROVASKULÁRNÍ CENTRA A IKTOVÉ CENTRA V ČESKÉ REPUBLICCE .....</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>32</b>
5.1	ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY .....	32
5.2	FYZIOTERAPIE .....	32
5.3	LOGOPEDIE .....	33
5.4	ERGOTERAPIE .....	33
5.5	PSYCHOTERAPIE .....	34

<b>6 KAZUISTIKA PACIENTA S ISCHÉMICKOU CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU .....</b>	<b>36</b>
6.1 VYŠETŘENÍ SESTROU.....	37
6.2 ANAMNÉZA.....	38
6.3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 12. 11. 2018.	39
6.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ DNE 12. 11. 2018.....	41
6.5 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 12. 11. 2018 .....	46
6.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ .....	48
6.7 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	51
6.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....	56
<b>7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>57</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>59</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<b>a.</b>	arteria
<b>ACE</b>	arteria carotis externa
<b>ACI</b>	arteria carotis interna
<b>AICA</b>	a cerebelli anterior inferior
<b>ALT</b>	enzym alaninaminotransforáza
<b>AST</b>	enzym aspartáminotransforáza
<b>AVM</b>	arteriovenózní malformace
<b>BMI</b>	body mass index, index tělesné hmotnosti
<b>CBF</b>	cerebral blood flow-průtok krve mozkovou tkání
<b>CMP</b>	cévní mozková příhoda
<b>CT</b>	počítačová tomografie
<b>CRP</b>	C reaktivní protein
<b>EKG</b>	elektrokardiografie/gram
<b>FAST TEST</b>	Family System Test
<b>GCS</b>	glasgow coma scale-hodnocení vědomí pacienta
<b>ICH</b>	intracerebrální
<b>INR</b>	mezinárodní normalizovaný poměr-International Normalized Ratio
<b>IVH</b>	intravertikulární
<b>MR</b>	magnetická rezonance
<b>NIHSS</b>	National Institute of Health Stroke Scale
<b>PICA</b>	a. cerebelli inferior posterior
<b>SAK</b>	subarachnoidální krvácení
<b>SDH</b>	subdurální hematom
<b>Tbl.</b>	Tabulettae-tableta
<b>TIA</b>	tranzitorní ischemická mozková ataka
<b>VAS</b>	Vasual Analogue Scale, vizuální analogová škála

(Vokurka et al., 2014)

## SEZNAM POUŽITÝCH VÝRAZŮ

<b>AFÁZIE</b>	ztráta nebo porucha řeči
<b>AMNÉZIE</b>	ztráta paměti
<b>ANALGETIKA</b>	léky proti bolesti
<b>ANTIAGREGAČNÍ</b>	léčba snižující krevní srážlivost
<b>ANTIKOAGULAČNÍ</b>	léky na srážlivost krve
<b>ANTIHYPERTENZIVA</b>	léky na snížení krevního tlaku
<b>ATAXIE</b>	porucha hybnosti-koordinace
<b>ATEROSKLEROZA</b>	kornatění tepen
<b>ANESTEZIE</b>	umělé uspání pacienta
<b>ARM</b>	ruka
<b>AUTOREGULACE</b>	sebeřízení, vedení sám sebe
<b>BENZODIAZEPIN</b>	psychoaktivní látky
<b>BOLUS</b>	sousto
<b>DEFICIT</b>	nedostatek
<b>DYSFÁNIE</b>	změna, porucha hlasu
<b>DYSFUNKCE</b>	porucha funkční
<b>DIPLOPIE</b>	dvojité vidění
<b>DYSLIPIDEMIE</b>	porucha hladiny tuků v krvi
<b>DYSGRAFIE</b>	porucha psaní
<b>DYZLEXIE</b>	porucha čtení
<b>ENDARTEREKTOMIE</b>	výkon cévní chirurgie využívaný k obnovení průchodnosti tepny
<b>FACE</b>	tvář
<b>HEMATOM</b>	modřina, krevní výron

<b>HEMIANOPSIE</b>	výpadek zorného pole
<b>HEMISFÉRA</b>	polokoule
<b>HEMIPARÉZA</b>	částečné ochrnutí jedné poloviny těla
<b>HEMIPLEGIE</b>	úplně ochrnutí jedné poloviny těla
<b>HYPERCHOLESTEROLÉMIE</b>	zvýšená hladina cholesterolu
<b>HYPESTEZIE</b>	porucha cití
<b>HYPOPERFÚZE</b>	snížený průtok krve
<b>HEMIANOPSIE</b>	výpadek zorného pole
<b>IKTUS</b>	cévní mozková příhoda
<b>INKONTINENCE</b>	samovolný únik moči nebo stolice
<b>KOAGULACE</b>	srážení
<b>KORTIKOSTEROIDY</b>	steroidní hormony syntetizované z cholesterolu
<b>KRANIOTOMIE</b>	chirurgické otevření lebky
<b>KUMULACE</b>	hromadění
<b>KVADRANTOPSIE</b>	výpadek jednoho kvadrantu
<b>LIPOLÝZA</b>	odbourávání tuků
<b>IREVERZIBILNÍ</b>	nezvratný
<b>ISCHÉMIE</b>	nedokrvení
<b>MALFORMACE</b>	vrozené vývojové vady
<b>MIKROHEMORAGIE</b>	drobné mikroskopické krvácení
<b>MONOPARÉZA</b>	částečné ochrnutí jedné končetiny
<b>MORBIDITA</b>	nemocnost
<b>MORTALITA</b>	úmrtnost
<b>NEGLECT SYNDROM</b>	opomíjení poloviny těla
<b>NEURON</b>	stavební funkční jednotka mozku

<b>NYSTAGMUS</b>	rytmický pohyb očních bulbů
<b>OFTALMOPLEGIE</b>	ochrnutí ohybných svalů
<b>OSMOTERAPIE</b>	léčba mozkového edému
<b>PARALÝZA</b>	ochrnutí
<b>PENUMBRA</b>	polostín
<b>PERFÚZNÍ TLAK</b>	tlak protékající krví v určité oblasti
<b>PLASMINOGEN</b>	krvní bílkovina rozpouštějící krevní sraženinu
<b>PREVALENCE</b>	počet existujících nemocí
<b>PROGREDUJÍCÍ</b>	postupující
<b>PSEUDOCYSTA</b>	chorobná dutina připomínající cystu
<b>REKANALIZACE</b>	obnovení průchodnosti tepny
<b>REMBOLIZACE</b> sraženinou	opětovné ucpaní krevního oběhu, krevní
<b>REPERFÚZNÍ TERAPIE</b>	obnovení krevního průtoku
<b>RETINOPATIE</b>	nemoc sítnice
<b>SPEECH</b>	řeč
<b>STATIN</b>	léky blokující tvorbu cholesterolu
<b>TIME</b>	čas
<b>TROMBOLÝZA</b>	léčebný proces, který má za cíl rozpuštění krevní sraženiny
<b>VAZODILATACE</b>	rozšíření cév

(Vokurka et al., 2014)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Komplexní cerebrovaskulární centra a iktová centra .....	31
Tabulka 2 Údaje o pacientovi .....	37
Tabulka 3 Medikamentózní léčba .....	37
Tabulka 4: Biochemické vyšetření .....	38
Tabulka 5: Hematologické vyšetření .....	38

# ÚVOD

Tématem bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou. Tato mozková příhoda představuje velmi časté a závažné onemocnění s vysokou mortalitou a trvalými následky způsobující invaliditu. Patří mezi 2-3. nejčastější příčinu úmrtí. Incidence dle aktuálních dostupných údajů je 270-370/100 000 obyvatel za rok. V současné době je dostupná léčba, která dokáže významně zlepšit prognózu pacienta, avšak její efekt závisí na včasné aplikaci. (TOMEK, 2012, s. 269)

Terapeutické ovlivnění spočívá ve standardizovaných postupech diagnostiky a léčby. Od přednemocniční péče, přes akutní nemocniční péči, která je u nás soustředěna do vysoce specializovaných center, až po péči následnou. Kromě vysoké incidence je závažná i skutečnost, že cévní mozkovou příhodou jsou ohroženy i mladší věkové kategorie. Po cévní mozkové příhodě je nejdůležitější včasná fyzioterapie, aby se pacient naučil zvládat běžné denní činnosti a zařadil se zpět do společnosti.

Práce je rozdělena na dvě části.

První část je teoretická a zabývá se charakteristikou ischemické cévní mozkové příhody, klinickými příznaky, vyšetřovacími metodami a terapií. Dále jsou uvedeny specifika ošetrovatelské péče, jako je fyzioterapie, logopedie a ergoterapie. Ke zpracování teoretické části bylo čerpáno především z vytvořených rešerší, z literatury a odborných článků k danému tématu.

Praktická část je zaměřena na komplexní ošetrovatelskou péči u pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě, sestavení ošetrovatelského plánu, sběrem anamnézy, sestavení ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz. V praktické části bakalářské práce bylo čerpáno ze zdravotnické dokumentace, z rozhovoru s pacientem a jeho rodinou.



**Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Zmapovat aktuální medicínskou problematiku ischemické cévní mozkové příhody.

**Cíl 2:** Popsat a vysvětlit správnou ošetrovatelskou péči o pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě z pohledu všeobecné sestry.

**Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1:** Detailní popis kazuistiky u pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě, hospitalizovaného na neurologické klinice v Hradci Králové.

**Cíl 2:** Stanovení a rozpracování 5 ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I Taxonomie II. 2015-2017.

**Cíl 3:** Doporučení pro všeobecné sestry a pacienty, sestavení informačního letáku pro rodinu pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě.

**Vstupní studijní literatura:**

HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-373-2

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

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů*. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

TOMEK, Aleš, 2012. *Neurointenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2659-8

### **Popis rešeršní strategie:**

Vyhledávání odborné literatury a odborných publikací pro zpracování bakalářské práce na téma „Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou“ proběhl v období srpen 2018 až listopad 2018.

Rešerše byla zpracována ve Vědecké knihovně v Ostravě a jako klíčová slova v českém jazyce byla uvedena: Iktová centra v České republice. Ischemická cévní mozková příhoda. Komplexní ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce to byla tato slova: Ischemic stroke. Centers in the Czech Republic. Complex nursing care.

Odborná literatura a odborné publikace byly vyhledány v časovém rozmezí od roku 2008 po současnost, které odpovídají tématu bakalářské práce. Pomocí klíčových slov byla zpracována rešerše, která byla provedena v Moravskoslezské vědecké knihovně v Ostravě, v elektronických informačních zdrojích, z portálu Medvik a specializované databáze Google Scholar. V rešerších bylo vyhledáno celkem 51 záznamů. Do bakalářské práce jsem z rešerší použila 13 knižních zdrojů a 3 internetové zdroje. Další zdroje byly vyhledány pomocí klíčových slov.

# 1 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA

Akutní cévní mozková příhoda je stejně urgentní stav, jako závažné poranění mozku nebo infarkt myokardu. Jedná se o akutní postižení určité oblasti mozku na podkladě náhlé cévní poruchy v příslušné části mozku, která poškodí mozkovou tkáň náhlou poruchou dodávky kyslíku a živin – porucha prokrvení, nebo poškodí mozkovou tkáň mechanicky výronem krve (KALINA, 2010).

Synonymem pro CMP je iktus. V současné době je ischemie definována jako infarkt tkáně centrálního nervového systému. Na rozdíl od tranzitorní ischemické ataky, může být ischemický infarkt buď symptomatický (klinické příznaky), nebo asymptomatický (tichý, dokumentovaný bez klinických příznaků). (HERZIG, 2014).

Cévní mozková příhoda, laicky nazývaná mozková mrtvice je dle WHO definována jako: aktuální neurologická dysfunkce vaskulárního přívodu se subjektivními i objektivními příznaky, které odpovídají postižené části mozku. Cévní mozková příhoda patří mezi nejčastější příčiny úmrtí. Četnost výskytu CMP s věkem stoupá, nejčastější výskyt je u lidí nad 65 let (SLEZÁKOVÁ, 2012).

Cévní mozkové příhody mají jednoznačný zdravotní a ekonomicko-sociální význam. Onemocnění má velmi vysokou prevalenci. Každý rok v ČR zemře 30 000 obyvatel na CMP, jež především představují obyvatelé vyšší věkové kategorie (nad 65 let). Značný problém představuje vysoká letitost a invalidizace nemocných (BARTŮNĚK, 2016).

Cévní mozková příhoda patří k nejčastějším příčinám morbidity i mortality ve vyspělých zemích s 30denní mortalitou 10-17 %, u těžkých iktů až 75 %. 30 % pacientů má těžké doživotní následky, vyžadují ošetrovatelskou péči. Pouze 30 % pacientů je po 3 měsících soběstačných s minimálním nebo žádným neurologickým deficitem (TOMEK, 2012).

Každým rokem prodělá CMP 45 000 obyvatel, každý 6. člověk na ni zemře. Denně je to 32 osob (ANDERSON, 2010).

## 1.1 CHARAKTERISTIKA CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY

*„Cévní mozková příhoda je definována jako náhle se rozvíjející projev poškození mozku trvající déle než 24 hodin nebo končící smrtí nemocného bez přítomnosti jiných příčin“ (HUTYRA et al., 2011, s. 33).*

Jsou to rychle rozvíjející se známky neurologického ložiskového postižení při poruše cévního zásobení, které může být podmíněno ucpáním tepny (ischemická CMP), krvácením (hemoragická CMP) nebo žilní trombózou mozkových splavů (TOMEK, 2012).

## **1.2 ROZDĚLENÍ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY**

### **1.2.1 Dle příčiny vzniku**

Ischemické cévní mozkové příhody: jedná se o nejčastější typ CMP. Vzniká na podkladě embolie neboli trombózy. Trombóza vzniká na podkladě aterosklerózy mozkových cév a karotid. Vyvíjí se pomalu (SLEZÁKOVÁ, 2012).

Hemoragické cévní mozkové příhody: vzniká na podkladě krvácení. Tepna praskne jen, když je chorobně změněná. Touto nejčastější příčinou může být aneurysma nebo ateroskleróza (SLEZÁKOVÁ, 2012).

### **1.3 Dle průběhu**

**TIA (tranzitorní ischemická ataka):** je považována za tranzitorní epizodu neurologické dysfunkce způsobenou mozkovou ischemií bez akutního infarktu. V minulosti byla tranzitorní ischemická ataka charakterizována jako náhlý ložiskový neurologický deficit předpokládaného vaskulárního původu trvající do 24 hodin. Přičemž hranice 24 hodin byla stanovena v polovině 60. let 20. století. V praxi odeznívají příznaky tranzitorní ischemické ataky do 1 hodiny (HERZIG, 2014).

Jedná se o přechodnou ischemii mozkových cév, kdy se céva uzavře a poté se zase sama zprůchodní. Obtíže nastanou a potom zase do několika minut odezní. Je to tzv. předzvěst, nebo varování, kdy je nutné navštívit nemocnici a nechat se kompletně vyšetřit. Tento stav je ireverzibilní a upraví se do 24 hodin. U pacientů, kteří prodělají TIA je větší pravděpodobnost opakující se CMP, ale v těžší formě. Největší nebezpečí je v prvních třech měsících (ANDERSON, 2010).

**Postupující (progredující) cévní mozková příhoda (progressive stroke) nebo reverzibilní ischemický neurologický deficit:** stav se neupraví do 24 hodin, ale nadále se rozvíjí, zpravidla tři až pět dnů (HERZIG, 2014).

**Vyvíjející se iktus nebo pokračující ischemická příhoda:** subakutní, narůstající porucha funkce vaskulárního původu, bez stabilizace v posledních 24 hodinách (HERZIG, 2014).

**Dokončená cévní mozková příhoda (complete stroke):** stav se neupraví do 24 hodin, nadále se nerozvíjí a příznaky zůstávají několik dní stejné (SLEZÁKOVÁ, 2012).

## 2 CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA ISCHÉMICKÁ

K ischemické cévní mozkové příhodě dochází tehdy, když se céva ucpe. Ucpání cévy zapříčiní, že se mozku nedostávají potřebné živiny a kyslík. Mozek poté začíná pomalu odumírat. Mozek je složitý a důležitý orgán, který má na starosti mnoho funkcí, podle toho, která část mozku se poškodí, začnou se projevovat různé klinické příznaky, které se mohou lišit. Ischemická cévní mozková příhoda je nejčastěji způsobena trombolýtickým uzávěrem mozkové tepny. Při uzávěru mozkové tepny dochází nejprve díky autoregulaci k vazodilataci, která kompenzuje pokles perfúzního tlaku a zajistí konstantní průtok oblastí. Při dalším poklesu perfúzního tlaku, dochází k vyšší extrakci kyslíku z krve, až potom dochází ke skutečné ischemii dané oblasti. Dochází k poruše synaptické funkce neuronů a k ložiskovým příznakům podle lokalizace ischemie. Část zasažené tkáně se nazývá penumbra (ischemický polostín). Při rychlém odstranění uzávěru jsou příznaky reverzibilní a tato tkáň může být funkčně zachráněna. Ve tkáni nevratně poškozené ischemií se rozvíjí mozkový infarkt, v němž se rozvíjející katabolické pochody, způsobují lipolýzu a proteolýzu buněčných membrán. Následek mozkového infarktu je jizva nebo pseudocysta (ŠEBLOVÁ et al., 2013).

Při cévní mozkové příhodě je nejdůležitější okamžitý transport do zdravotnického zařízení, obnova krevního oběhu v postižené části mozku, podpora a ochrana tkáně přiléhající k postižení části, pro zachování funkce i při sníženém prokrvení (NOVÁKOVÁ, 2011).

Při splnění časového limitu léčebného okna se provádí trombolýtická léčba. K trombolýze se používá rekombinantní tkáňový aktivátor plazminogenu v dávce 0,9mg/kg, maximální dávka 90 mg, s tím, že se podá 10 % vypočtené dávky jako bolus a zbylých 90 % v infuzi (ŠEBLOVÁ et al., 2013).

### 2.1 EPIDEMIOLOGIE

*„Cévní mozkové příhody představují v České republice první místo v příčině smrti. V roce 2011 bylo v České republice hospitalizováno 55 944 pacientů s proběhlou cévní mozkovou příhodou, což představuje průměrně 533 pacientů na 100 000 obyvatel. Tento počet pacientů s cévní mozkovou příhodou klesl od roku 2002 o 16 %. Průměrný věk zastupující muže i ženy s ischemickou cévní mozkovou příhodou je 71,8 let, z nichž 2159 zemřelo. Problém zůstává v nedokonalé diagnóze, kdy větší část cévních mozkových příhodou je skryta pod diagnózou I64 (cévní mozková příhoda neurčená jako krvácení nebo infarkt). Za příznivý fakt, lze označit sníženou nemocniční mortalitu*

na cévní mozkové příhody. V roce 2011 bylo hospitalizováno 9,7 % pacientů s cévní mozkovou příhodou, zatímco v roce 2003 12,5 %. Na druhé straně je také třeba zdůraznit, že v nemocnicích umírá jen zhruba polovina pacientů s diagnózou cévní mozková příhoda. Cévní mozkové příhody představují velký sociální a ekonomický problém. S prodlužováním délky života a nárůstem počet osob ve vyšších věkových kategoriích, lze očekávat zvýšení prevalence cévní mozkové příhody“ (HERZIG, 2014, s. 9-10).

## 2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY ISCHÉMICKÉ CMP

Můžeme rozdělit na rizikové faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné. Častější rizikové faktory, které je možné léčebně potlačit nebo usměrnit jsou definovány jako rizikové faktory ovlivnitelné: alkoholismus, užívání drog, kouření, obezita, vysoký krevní tlak, nemoci srdce, vysoký cholesterol, nemoci krve, užívání hormonální antikoncepce. Rizikové faktory, které nejsou ovlivnitelné, jsou především genetické predispozice, pohlaví a věk (KALVACH et al., 2010).

### 2.2.1 Rizikové faktory neovlivnitelné

**Věk:** je prokázaná orientační závislost výskytu CMP i její mortality.

**Pohlaví:** častější výskyt CMP je ve starším věku a častěji u mužů než u žen. S rostoucím věkem se tento rozdíl stírá.

**Genetika:** z genetických vlivů se nejčastěji uplatňuje výskyt hypercholesterolemie nebo diabetes mellitus.

**Rasa:** vliv rasy není v České republice prokázán, ale může se tak stát v budoucnosti z důvodu stále rostoucí imigrace.

**Geografické podmínky:** vyšší incidence iktů je prokázána v jihovýchodních státech, ve srovnání se severozápadem. V rámci bývalého Československa byl prokázán vyšší výskyt v České republice než na Slovensku.

### 2.2.2 Rizikové faktory ovlivnitelné

**Krevní tlak:** arteriální hypertenze způsobuje vznik iktu, jak ischemického, tak hemoragického bez ohledu na věk, pohlaví nebo zemi. Při léčbě arteriální hypertenze je potvrzeno snížení výskytu CMP.

**Srdeční omezení:** příčinou CMP můžou být kardiální dekompenzace z nejrůznějších příčin, jako je infarkt myokardu, fibrilace síní, chlopenní vady. Srdeční onemocnění se tak může uplatnit mechanismem kardioembolickým nebo hypoperfuzním.

**Ateroskleróza:** významné riziko způsobuje okluze vnitřní karotidy, která se již manifestovala ischemickým iktem nebo TIA.

**Diabetes mellitus:** je prokázáno, že porucha glycidového metabolismu je větším rizikem pro vznik cévního onemocnění mozku než onemocnění srdce.

**Dyslipidemie:** zvýšená hladina cholesterolu významně zvyšuje riziko vzniku cévní mozkové příhody. Dyslipidemie dále zvyšuje riziko rozvoje ICHS.

**Obezita:** dříve obezita nebyla prokázána jako riziko vzniku CMP, v novějších studiích ukazuje na vysoký vznik ischemické ataky.

**Alkohol:** u osob konzumujících malé množství alkoholu (12-20 g čistého alkoholu denně) bylo zpozorováno snížení rizika všech typů CMP.

**Kouření:** jedno z nejvýznamnějších rizikových faktorů způsobující onemocnění periferních tepen a také vysokou závislost na vzniku CMP.

**Hormonální antikoncepce:** hormonální antikoncepce spolu s kouřením a migrénou je významným rizikovým faktorem vzniku CMP.

**Nedostatek tělesného pohybu:** je nutné si uvědomit, že existuje úzká spojitost mezi nedostatkem tělesného pohybu, obezitou a srdečními poruchami.

**Migréna:** největší riziko vzniku CMP je u pacientů s migrénou hemiplegickou a dále migrénou oftalmoplegickou, bazilární nebo retinální.

**Tranzitorní ischemická ataka:** je vědecky prokázáno, že v minulosti prodělané CMP je vysokým rizikem pro vznik dalšího CMP (HERZIG, 2014).

## 2.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY ISCHÉMICKÉ CMP

Klinické příznaky se liší podle toho, která tepna byla poškozena a také která část mozku jí byla zásobena. Poškození mozkové tkáně v levé hemisféře vede k prvotním příznakům na pravé straně a poškození mozkové tkáně v pravé hemisféře vede k prvotním příznakům na levé straně (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008).

Nejčastějším typickým příznakem cévní mozkové příhody je porucha hybnosti končetin (hemiparéza, monoparéza, hemiplegie) často je doprovázená poklesnutím koutku. Mezi další příznaky patří: porucha čítí (snížená citlivost-hypestezie, anestezie), porucha řeči (afázie, dysartrie, dysfanie), porucha vidění: přechodný výpadek zrakového pole jednoho oka (rantopsie), výpadek části zorného pole (hemianopsie, kvadrantopsie), diplopie, rozmazané vidění (nystagmus), syndrom opomíjení prostoru, části těla (neglect syndrom).(TOMEK, 2012).



Mezi méně časté příznaky CMP patří: závratě, zvracení, porucha vědomí, bolest hlavy (pouze u hemorhagické CMP je tento příznak varovný-bolest je intenzivní a krutá doprovázená meningeálním syndromem až poruchou vědomí).(TOMEK, 2012).

Je nutné si uvědomit, že opakovaná cévní mozková příhoda, nemusí mít ty samé příznaky, jako ta původní. Potíže mohou být úplně jiné, nebo se objeví na druhé polovině těla. Opakované CMP se může projevit i náhlým zhoršením původních obtíží, které zbyly po předchozích CMP (ANDERSON, 2010).

## 2.4 PŘÍČINY ISCHÉMICKÉ CMP

**Ateroskleróza:** vzniká ukládáním špatného cholesterolu do stěny cév. Nejčastěji dochází k ateroskleróze ve velkých krčních a mozkových tepnách, které potom způsobují cévní mozkovou příhodu v srdečních tepnách, které zapříčiní infarkt myokardu. Cholesterol se ukládá na stěnu cév a vznikají aterosklerotické pláty, ty se pak utrhnou a putují po cévě tak daleko, dokud se někde neucpou. Tím způsobí odumření části mozku. Ateroskleróza vzniká z vysokého cholesterolu, vysokého krevního tlaku, cukrovky, nadváhy, kouření nedostatkem pohybu. Přítomnost aterosklerotických plátů si můžeme nechat vyšetřit bezbolestně ultrazvukovým vyšetřením (ANDERSON, 2010).

**Špatná krevní srážlivost:** srážlivost krve je přirozená vlastnost, kterou každý člověk potřebuje. Existují i různé poruchy srážlivosti, jako je nadměrné nebo nedostatečné srážení. V některých případech je nutné užívat léky na ředění krve (ANDERSON, 2010).

**Nepravidelná, nedostatečná funkce srdce:**Srdce funguje, jak má, když krev plní svou funkci a správně proudí. Funkce srdce je stahovat a pumpovat krev. Když srdce svou funkci nezvládá, může dojít k tomu, že krev začne proudit pomalu a srážet se. Vzniklá krevní sraženina poté proudí v těle dál, až se někde ucpe a dojde k ischemické cévní mozkové příhodě. Mezi nejčastější příčiny správného fungování srdce patří arytmie (ANDERSON, 2010).

## 2.5 PREVENCE ISCHÉMICKÉ CMP

K primární prevenci CMP patří především správný životní styl a léčba nemocí, které zvyšují riziko vzniku CMP. K sekundární prevenci cévní mozkové příhody se nejčastěji využívá antikoagulační a antiagregační léčba. Při podání této léčby stoupá riziko krvácení nebo předávkování. Při podávání antikoagulačních léků je nutná pravidelná kontrola INR. Mezi nejznámější antikoagulační léky patří warfarin, pradaxa,

eliquis a jiné. Při užívání těchto léků, je potřeba znát také dietu a léky, které mohou účinek antikoagulační léčbu výrazně ovlivnit. Optimální dávka antikoagulačních léků by měla být taková, aby hodnota INR byla 2,0-2,5, při nižší hodnotě klesá účinnost a při vyšší hodnotě výrazně stoupá riziko krvácení (KALINA, 2008; KALVACH et al., 2010).

Při prevenci je důležité, aby krev proudila, tak jak má. K tomu, aby krev dobře tekla, je potřeba aby:

- naše srdce pumpovalo krev do těla
- cévy byly hladké
- krev nebyla příliš hustá a nesrážela se, když nemá (ANDERSON, 2010).

## **2.6 DIAGNOSTIKA ISCHÉMICKÉ CMP**

Diagnostika spočívá v základním celkovém vyšetření a neurologickém vyšetření s vyplněním škály NIHSS (škála v neurointenzivní péči). Dále se provedou základní laboratorní testy (krevní obraz, koagulace a biochemie), EKG, zobrazovací metody k určení etiologie CMP (ischemická, krvácení parenchymové nebo intracerebrální). Standardní zobrazovací metodou je CT. U pacientů s příznaky 8 hodin od vzniku CMP se provádí CTA extra i intrakraniálních cév a CT perfúzí. Další zobrazovací metoda je MR (magnetická rezonance), která se provádí u pacientů s příznaky na hemoragickou CMP. V případě nejasného nálezu se může provést ultrazvukové vyšetření extra a intrakraniálních mozkových tepen. Z výsledků laboratorních testů, anamnézy a zobrazovacích vyšetření je nutné, co nejrychleji stanovit léčebný plán (TOMEK, 2012).

## **2.7 PŘEDNEMOCNÍČNÍ PÉČE U ISCHÉMICKÉ CMP**

Náhlá cévní mozková příhoda je urgentní stav, který vyžaduje rychlou a nezbytnou pomoc. Je to závažné onemocnění mozku, které nemá žádné předchozí příznaky. Některé prvotní příznaky mohou být přehlédnuty nebo podceněny. Mezi prvotní příznaky patří mravenčení a porucha hybnosti končetin jedné poloviny těla. Může dojít ke špatné výslovnosti, k poklesu očního víčka a koutku úst na stejné polovině těla. Postupně dojde ke špatné chůzi a neschopnosti udržet žádný předmět. V končetině dojde ke ztrátě citu. Pacient může pociťovat i menší sílu. Při vypláznutí jazyka, jazyk směřuje na tu stranu, kde se objevily předchozí příznaky. Při větším

rozsahu poškození mozku, může dojít až k zástavě krevního oběhu. Při těchto příznacích je nutné pacienta, co nejrychleji dopravit do nemocnice, nebo zavolat RZS, aby účinná léčba mohla být zahájena, co nejdříve. Maximálně do 6 hodin od vzniku příznaků. Kontrolní pomůcka při podezření na CMP je známý FAST test (PETRŽELA, 2016).

1. **FACE (tvář, koutek)** - sledujeme pokleslý koutek nebo ztuhlost jedné poloviny obličeje.
2. **ARM (ruka)**- zhoršená pohyblivost horní končetiny, mravenčení.
3. **SPEECH (artikulace)**- špatná výslovnost, drmolení
4. **TIME (čas)**- volat, co nejdříve RZS a dopravit do zdravotnického zařízení

## **2.8 NEMOCNIČNÍ PÉČE U ISCHÉMICKÉ CMP**

První fáze spočívá v co nejrychlejším provedení všech laboratorních a diagnostických testů, tak, aby pacient po příjezdu do nemocnice, mohl být co nejdříve léčen specifickou reperfúzní terapií („time is brain“) s následným přijetím na JIP oddělení. Příjem pacienta probíhá na urgentním příjmu s přílehlým diagnostickým komplementem a vyškolenými iktovými pracovníky. Při předávání pacienta lékaři, musí záchranář zdravotnické služby uvést přesnou dobu začátku příznaků (dobou vzniku příznaky se rozumí doba, kdy byl pacient zdravý. Pokud pacient není schopen uvést sám, sdělí svědek). Pokud se pacient s příznaky CMP probudil, je nutné brát dobu vzniku okamžik, kdy šel spát nebo byl naposledy zcela v pořádku. Dále musí nechat kontakt na svědka, pro telefonické ověření doby vzniku CMP, klinický obraz (stav vědomí hodnotící dle škály GCS, orientačně zhodnocenou závažnost CMP) (TOMEK, 2012).

## 3 LÉČBA CMP

Cílem časně preventivní léčby je snížení rizika recidivy iktu. Univerzální léčbou je antiagregační terapie kyselinou acetylsalicylovou. Podáváme ji již od prvních příznaků akutní fáze iktu, s výjimkou pacientů léčených trombolýzou, kde tuto léčbu, pro zvýšené riziko krvácení musíme odložit nejméně na 24 hodin. U nemocných se závažnými trombofilními stavy a dále v případech, kdy příčinou iktu je disekce tepny, je již v akutní fázi iktu indikována léčba antikoagulační, nejčastěji nízkomolekulárními hepariny v terapeutických dávkách. Tato terapie může být výjimečně zvažována, i v případech vysokého rizika časně reembolizace (např. fibrilace síní provázená závažnými vaskulárními rizikovými faktory, mechanické chlopní náhrady, prokázané tromby v levých srdečních oddílech). Léčba sekundární prevence spočívá ve zpomalení rozvoje a potlačení progresu ischemického postižení mozku. Velmi závažným problémem je potlačení rozvoje doprovodného mozkového edému, kdy je zahajována antiedematózní léčba (BAUER, 2010).

### 3.1 Antiedematózní léčba

Antiedematózní léčba spočívá v drenážní poloze, sedací a osmoterapii (mannitol, glycerol, hypertonické solné roztoky) (BAUER, 2010).

### 3.2 Antiagregační léčba

Antiagregační léčba spočívá v podávání kyseliny acetylsalicylové (ASA). Pouze u pacientů s prokázanou fibrilací síní (FS) do 65 let věku bez přítomných dalších vaskulárních rizikových faktorů může být doporučena v rámci primární prevence léčba ASA. Léčba pomocí ASA je také doporučena u pacientů s FS, kteří nemohou užívat antikoagulační léčbu warfarinem. Pacientům se symptomatickou stenózou vnitřní karotidy větší než 50 % je rovněž doporučena léčba pomocí ASA (ŠKOLOUDÍK, 2013).

### 3.3 Antikoagulační léčba

Antikoagulační léčba warfarinem je doporučena pacientům s nevalvulárními FS ve věku do 75 let nebo u mladších pacientů, u kterých jsou ale přítomny další rizikové faktory jako arteriální hypertenze, dysfunkce levé komory nebo diabetes mellitus. Doporučená cílová hodnota INR se pohybuje v rozmezí 2,0 až 3,0. Pacienti s umělou srdeční chlopní, s nebo bez FS, by měli být dlouhodobě léčeni warfarinem s cílovým

INR v rozmezí 2,0-3,0 při použití bioprotetických chlopní a v rozmezí INR 3,0-4,0 při použití mechanických chlopní (ŠKOLOUDÍK, 2013).

### **3.4 Léčba rizikových vaskulárních faktorů**

Tlak krve vyšší než 120/80 mm Hg zvyšuje významně riziko vzniku cévní mozkové příhody. U pacientů s vysokým TK je doporučena úprava životního stylu a v individuálních případech také farmakoterapie s cílem dosažení normální hodnoty TK v rozmezí do 120/80 mm Hg. U pacientů se zvýšeným TK (v rozmezí nad 120-139/80-90 mm Hg) a se srdečním selháním, infarktem myokardu (IM), diabetes mellitus (DM) nebo chronickým renálním selháním je indikována vždy antihypertenzní léčba. Krevní cukr má být kontrolován pravidelně. U pacientů s DM je v rámci primární prevence doporučena úprava životního stylu a v individuálních případech farmakoterapie. Je doporučeno, aby hypercholesterolemie (s hladinou LDL-cholesterolu > 3,9 mmol/l) byla ovlivněna úpravou životního stylu a statinem. Také se doporučuje nekouřit a neužívat nadměrné množství alkoholu. U osob s obezitou je doporučena redukční dieta a pravidelná fyzická aktivita (ŠKOLOUDÍK, 2013).

### **3.5 Intravenózní trombolýza**

Intravenózní trombolytická terapie je indikována pacientům s akutním mozkovým infarktem do 4,5 hodiny od začátku příhody. Je to standardní léčebný postup, který výrazně zlepšuje výsledný klinický stav pacienta. Pacienti, u nichž bylo dosaženo časně rekanalizace, mají po třech měsících 13krát větší šanci, že nezůstanou invalidní (PETROVICSOVÁ a kol., 2018).

K intravenózní trombolýze u akutní ischemické cévní mozkové příhody se používá lidský rekombinantní tkáňový aktivátor plasminogenu (HERZIG, 2014).

#### **3.5.1 Indikace**

- ✓ akutní mozkový infarkt do 4,5 hod. od vzniku příznaků s výrazným neurologickým poškozením v trvání minimálně 30 minut.
- ✓ významné poškození představující minimálně čtyři body NIHSS, nebo deficit, který bude pacienta omezovat, jako je afázie nebo homonymní hemianopsie (Tomek, 2012).

#### **3.5.2 Kontraindikace**

- ✓ překročení časového okna 4,5 hodiny nebo nemožnost určit vznik prvotních příznaků

- ✓ NIHSS méně než 4 body a více než 25 bodů
- ✓ na CT známky intrakraniálního krvácení
- ✓ intrakraniální krvácení v anamnéze
- ✓ na CT nález abscesu, tumoru, kontuzi nebo cévní malformaci
- ✓ CMP v posledních třech měsících
- ✓ větší chirurgický výkon v posledních třech měsících
- ✓ jícnové varixy, tepenné aneurysma
- ✓ přetrvávající systolický tlak nad 180 torrů a diastolický tlak nad 110 torrů
- ✓ příznaky subarachnoidálního krvácení
- ✓ arteriální nebo lumbální punkce v posledních sedmi dnech
- ✓ terapie antikoagulační léčby se zvýšenou hodnotou nad horní limit laboratoře v posledních 48 hodinách
- ✓ hemoragická retinopatie
- ✓ akutní pankreatitida
- ✓ jaterní onemocnění-hepatitida, jaterní selhání nebo jaterní cirhóza
- ✓ nádorové onemocnění se zvýšeným krvácením
- ✓ bezvědomí (GCS- 7 bodů a méně)
- ✓ užívání antikoagulancií
- ✓ hodnota INR nad 1,7 (ŠEBLOVÁ et al., 2013).

Mezi další možnosti rekanalizace patří intraarteriální trombolýza, nebo kombinace intraarteriální a systémové trombolýzy. Pacient dostane sníženou dávku trombolýtika (0,6 mg/kg oproti 0,9 mg/kg), ta je pak následována lokální dávkou. Dále se provádí endovaskulární mechanická rekanalizace, kombinovaná intravenózní trombolýza s intraarteriální trombolýzou a sonotrombolýza (ŠEBLOVÁ et al., 2013); (TOMEK, 2012).

Při mechanické rekanalizaci se vstříkne v oblasti uzávěru kontrastní látka, poté se zavede balónkový katétr do místa zúžení, který se nafoukne a dojde k obnovení průtoku krve v příslušné části (HERDMAN, 2011).

### **3.6 Intraarteriální terapie**

Intraarteriální terapie zahrnuje intraarteriální trombolýzu a mechanické rekanalizační metody.

#### **3.6.1 Indikace**

- ✓ Mozkový infarkt vyvolaný akutní okluzí ACM do 6 hodin od vzniku příznaků.

- ✓ V případě mozkového infarktu na podkladě okluze AB je možno standardně užít intraarteriální trombolýzu a experimentálně mechanickou rekanalizaci a to v obou případech bez stanoveného časového okna.

### **3.6.2 Kontraindikace**

- ✓ Kontraindikace jsou totožné jako u podání trombolýzy.

## **3.7 Sonolýza**

Je to experimentální metoda, která používá k léčbě ultrazvuk samostatně, nebo ultrazvuk s kombinací podání i. v. trombololytika. Možné mechanismy účinky ultrazvuku přitom zahrnují mechanické rozrušení trombembolu s tvorbou kavitací a aktivací fibrinolytického systému.

### **3.7.1 Indikace**

- ✓ Mozkový infarkt vyvolaný okluzí ACM do 6 hodin od vzniku příznaků
- ✓ V případě mozkového infarktu na podkladě okluze AB bez pevně stanoveného časového okna.

### **3.7.2 Kontraindikace**

- ✓ Kontraindikace jsou stejné jako při podání trombolýzy.

## **3.8 „Bridging terapie“**

Bridging terapie je kombinace IVT a intraarteriální terapie. Umožňuje kombinovat rychlost i. v. podání s vyšší úspěšností rekanalizací dosahované intraarteriální léčbou a představuje léčebnou možnost u pacientů s potvrzenou okluzí mozkové tepny. Nejvhodnějšími kandidáty jsou pacienti s izolovanou okluzí ACM.

### **3.8.1 Indikace**

- ✓ Mozkový infarkt vyvolaný okluzí ACM do 6 hodin od vzniku příznaků
- ✓ V případě mozkového infarktu na podkladě okluze AB bez pevně stanoveného časového okna.

### **3.8.2 Kontraindikace**

- ✓ Kontraindikace jsou stejné jako při podání trombolýzy.

## 4 KOMPLEXNÍ CEREBROVASKULÁRNÍ CENTRA A IKTOVÉ CENTRA V ČESKÉ REPUBLICĚ

Síť specializovaných pracovišť pro léčbu cerebrovaskulárních postižení je rozdělena na tři stupně péče, aby se odstranila historicky daná roztržštěnost péče o tyto pacienty a aby pacientům byla poskytnuta nejlepší zdravotní péče. Na nejvyšším stupni jsou komplexní cerebrovaskulární centra, na nižším iktová centra a na základním stupni ostatní cerebrovaskulární péče. Rozřazení zdravotnických zařízení do jednotlivých úrovní je dáno personálními, materiálně technickými a organizačními kritérii. Pacient s akutní cévní mozkovou příhodou by měl být, co nejrychleji převezzen rovnou do specializovaného centra. Zásadním způsobem ovlivňuje úspěšnost jeho léčby a následnou kvalitu života (MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2018).

**Tabulka 1 Komplexní cerebrovaskulární centra a iktová centra**

<b>KOMPLEXNÍ CEREBROVASKULÁRNÍ CENTRA</b>	<b>IKTOVÁ CENTRA</b>
Nemocnice na Homolce	Fakultní nemocnice v Motole
Ústřední vojenská nemocnice Praha	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Nemocnice České Budějovice	Fakultní Thomayerova nemocnice
Fakultní nemocnice Plzeň	Všeobecná Fakultní nemocnice Praha
Fakultní nemocnice Hradec Králové	Pardubická krajská nemocnice
Krajská nemocnice Liberec	Městská nemocnice Ostrava
Fakultní nemocnice Ostrava	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov
Fakultní nemocnice Olomouc	Nemocnice Třinec

Zdroj: Autor, 2018



## **5 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Cílem ošetrovatelské péče je podpořit návrat funkce mozku. Dalším cílem by měl být nácvik soběstačnosti, aby byl pacient, co nejdříve schopný vrátit se alespoň částečně do běžného způsobu života, nácvik řeči neboli logopedie je-li pacient postižen fatickou poruchou a léčba prací, kterou se zabývá ergoterapie. Také by se nemělo zapomínat na psychoterapii pacienta, která je také velice důležitá (KOLÁŘ, 2009).

### **5.1 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY**

Role sestry u pacienta po cévní mozkové příhodě je velice náročná. Sestra musí být připravena na to, že pacient po cévní mozkové příhodě nebude umět mluvit, ale měla by si uvědomit, že i přesto neztratil schopnost porozumět. Všeobecná sestra by měla umět si naplánovat ošetrovatelskou péči, kterou bude pacientovi poskytovat. Ošetrovatelské péče zahrnuje hygienickou péči, výživu, vyprazdňování, aktivitu, spánek i odpočinek. Všeobecná sestra by měla také sledovat neurologický stav, vznik nových komplikací, případné zhoršení stavu. Mezi intervence všeobecné sestry patří také pravidelné podávání léků, udržování přiměřené hydratace, realizace preventivního opatření, pokud je pacient nesoběstačný, aby se předešlo vzniku dekubitů a kontraktur. Všeobecná sestra by se také měla vžít do role edukátorky a poučit ho v aktivitách denního života. Do edukace by také měla být zapojena rodina pacienta. Nesmírně důležitá je spolupráce s odborníky, jako je psycholog, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut. Mezi odbornost všeobecné sestry také patří i poučení o kompenzačních pomůckách, které mu mohou pomoci v zajištění nezávislosti pacienta. (SLEZÁKOVÁ, 2014)

### **5.2 FYZIOTERAPIE**

Fyzioterapie po CMP začíná již na iktových jednotkách, kde jsou pacienti po CMP přijati. Rehabilitace je individuální u každého pacienta, záleží na jeho stavu. Po stabilizaci pacienta se překládá na rehabilitační oddělení, nebo do nějakého rehabilitačního centra. Na rehabilitačním oddělení se provede diagnostika funkčních poruch multidisciplinárním rehabilitačním týmem. Na základě tohoto vyšetření se poté sestaví krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán, který každý pacient dodržuje. Diagnostika se provádí opakovaně, pokud se pacient v některých doménách zlepšuje. Po ukončení rehabilitačního procesu, se zhodnotí funkční stav pacienta a doporučí se mu

rehabilitační služby a podpory, aby se pacient mohl zařadit zpět do společnosti a měl zajištěnou podporu v kvalitě jeho života. V propouštěcí zprávě z nemocnice, musí mít pacient funkční zhodnocení, aby jeho praktický lékař věděl, jakou podporu a péči pacient potřebuje. Pacient, by z nemocnice po časně rehabilitaci měl odcházet do domácího prostředí se zařízenými pomůckami a zdravotními potřebami, které budou pro jeho pobyt v domácím prostředí podstatné, eventuálně navrhnout změnu na úpravu bytu na bezbariérový. V krajním případě, může být pacient přijat do rehabilitačního centra k dlouhodobé rehabilitaci. Dokud dochází u pacienta v rehabilitaci ke zlepšení zdravotního stavu, vše hradí pojišťovna. V případě, kdy značný handicap pacienta přetrvává a je odkázán na pomoc druhých je úkolem rehabilitace, umožnit pacientovi důstojný život a zařadit ho do společnosti s lidmi „zdravými“, aby se jejich běžné denní aktivity mohly vyrovnat (KALVACH et al., 2010).

### **5.3 LOGOPEDIE**

Logopedická péče může být individuální nebo skupinová. Pacient z afázií patří do rukou zkušeného a znalého logopeda. Měl by umět posoudit, zda pacient s afázií potřebuje individuální nebo skupinový přístup. V logopedii se užívá mnoho pomůcek jako jsou například elektronické tabulky, abeceda, ale také alternativní komunikace. Některý pacient chápe lépe při komunikaci mimiku, gesta, múzické fakory mluvy, než vlastní mluvu. To může být výhodnou pomůckou pro komunikaci. Při léčbě afázie lze také využít rekondičních pobytů, které umožňují nové impulzy soustředění, zajímavé prostředí a cílenou péči s pestrým léčebně-rehabilitačním programem. Do moderních metod se taky zařazuje erteterapie a muzikoterapie, která usnadňuje kontakt s pacientem, navazuje na komunikační pohodu, rozvíjí pohybové schopnosti, zlepšuje sensorické vjemy a přispívá k lepšímu estetickému citění. Také by měla být nedílnou součástí logopedie dobrá spolupráce s rodinou. Rodina a jeho bezprostřední okolí nemá dostatek informací, jak mu ulehčit život a současně nejeefektivněji pomoci v rehabilitační terapii. Logoped by proto měl do své odborné péče zahrnout i pacientovu rodinu, aby rodina byla dostatečně poučena a informována a mohla tuhle péči poskytovat pacientovi i v domácím prostředí (KEJKLÍČKOVÁ, 2011).

### **5.4 ERGOTERAPIE**

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti pacienta ve všech denních činnostech a to v prostředí, domácím, pracovním a sociálním.

Ergoterapie je založena na předpokladu, zapojí člověka do cílené a pro něho smysluplné činnosti podporuje jeho mentální a fyzické funkce, celkovou pohodu a vede tak ke zlepšení zdravotního stavu. Ergoterapie je považována za využití činnosti, jako terapeutického prostředku. Lidská činnost vyžaduje interakci mezi člověkem a prostředím. Člověk přináší do činností vlastní specifické dovednosti, zkušenosti, chování a prostředí mu neustále poskytuje různé možnosti nebo omezení, které vedou k výběru úkolu a provedení činností. Ergoterapie u pacientů s postižením mozku má jedinečné a nezastupitelné místo. Cílem ergoterapie u pacientů s postižením mozku je hlavně dosažení všech běžných denních činností a současně hodnocení vlivu motorických, psychosociálních nebo kognitivních na jejich provedení. Ergoterapeut zhodnocením přispívá ke stanovení míry rizika nebo jiných problémů v domácím prostředí pacienta nebo ve zdravotnickém zařízení, kde je pacient hospitalizován. Podle stupně postižení a stavu pacienta zvyšuje ergoterapeut náročnost činností, které jsou pro pacienta důležité.

## 5.5 PSYCHOTERAPIE

*U pacientů s CMP se můžeme dočkat několika změn v oblasti psychiky. Můžou se setkat s apatií, dráždivostí, labilitou až s afektivními výbuchy. Úzkostlivost a deprese jsou běžnými příznaky pacientů po CMP. Deprese je u pacientů po CMP jednou z nejčastěji pozorovaných poruch. Může jít o „vyladění“ osobnosti pacienta, který mohl být spíše melancholickým již předtím, ale může se jednat i o změny nálad v souvislosti s CMP. Je vědecky dokázáno, že depresivní změny jsou pozorovány u pacientů s poškozením levého frontálního laloku, nebo může jít o přirozenou psychologickou reakci na těžkou životní situaci. Rozlišení druhu deprese je náročné a vyžaduje důkladné neuropsychologické či psychiatrické vyšetření. Rodinní příslušníci, ale také zdravotnický personál by si měl všimnout změn u pacienta, který vykazuje známky deprese. Pacient bývá apatický, nemá zájem o kontakt s lidmi ani o léčbu. Trpí nechutenstvím, nepotěší jej návštěva. Bývá plačtivý, mluví pomalu, je negativní. Deprese léčbu komplikuje. Všímatost pečujících ji může pomoci odhalit a komplikacím předejít. Dalším symptomem je vynucený pláč nebo smích, k němuž dochází při poškození neurálního systému tvořeného jádry mozkového kmene a mozečku (KUČERA, 2018).*

*CMP má negativní vliv na celou rodinu, která se musí adaptovat na onemocnění a jeho důsledky. Rodinní příslušníci často obtížně zvládají novou situaci, dokonce*

*mohou být pod větším tlakem než pacient sám. CMP mnohdy způsobuje krátkodobou či dlouhodobou životní dysfunkci v některých všedních činnostech. S tímto faktem by měli být seznámeni nejen pacienti, ale i jejich rodinní příslušníci. Běžným jevem u pacientů po CMP je agresivita, ať již vyjadřovaná přímo či nepřímo. Pacienti mnohdy nedokáží vyjádřit pocity vzteku, zvláště jsou-li závislí na partnerovi a obávají se odmítnutí, nebo jestliže se jejich zdravý partner cítí vinen. Potlačování pocitů vzteku nebo viny může vytvářet neupřímnou atmosféru mezi partnery. Pravděpodobný je také výskyt manipulací a „hraní her“. V posledních letech výzkumy potvrdily častý výskyt zasažení kognitivních schopností pacientů po CMP.*

***Příklady frustrací:***

- *Nechci chodit ven, do společnosti a nesnáším změny.*
- *Nejsem schopen kontrolovat své pocity.*
- *Velmi snadno se rozčílím.*

*Osoby v takto složitých a stresujících vztazích potřebují pravidelný odpočinek od sebe navzájem. Oddechové programy, adaptované bydlení, pomůcky usnadňující mobilitu mohou tuto situaci ulehčit. Skutečnost, že CMP může být příčinou nežádoucích psychických příznaků a vyčerpávat zbylé členy rodiny, je nedostatečně brána v úvahu. Lidé po CMP, jejich partneři a děti se často cítí provinilými, nepochopenými, izolovanými a bez pomoci svého okolí. Lékaři musí zajistit, aby všichni členové rodiny pochopili, že nemoc samotná může pacientovi způsobovat problémy s koncentrací pozornosti, pamětí, vyjadřováním emocí a sebekontrolou (CEREBROVASKULÁRNÍ SEKCE ČESKÉ NEUROLOGICKÉ SPOLEČNOST JEP, 2018)*

## 6 KAZUISTIKA PACIENTA S ISCHÉMICKOU CÉVNÍ MOZKOVOU PŘÍHODOU

Kazuistika je kompletní sběr informací od daného člověka. Badatel musí mít jasně stanovené cíle, které chce sledovat. Kazuistika má své obecné zákonitosti. V ošetrovatelství by kazuistika měla obsahovat model ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče musí být zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, badatel má svůj vlastní postup, své otázky, kterého nejvíce zajímají. Výzkum se provádí v delším časovém pásmu a opírá se o analýzu podmínek v určitém prostředí, v určité nemoci a zároveň pozoruje chování daného člověka.

Kazuistika má v ošetrovatelství široký význam.

- ✓ Má využití pro praxi, využívá se jako návrh na vyřešení určitých problémů.
- ✓ Může obsahovat kvantitativní výzkum, kdy jsou do práce vloženy ilustrace zjištěných výsledků.
- ✓ Slouží ke stanovení nových hypotéz, které se ověřují novým výzkumem.
- ✓ Má využití ve výuce, kde simuluje realitu.

Informace použité v kazuistice a ošetrovatelském plánu by měly být získány od pacienta, zdravotnické dokumentace, rodinných příslušníků, od zdravotnických pracovníků nebo vlastním pozorováním. Kazuistika využívá různých metod, podle kterých získává informace od pacienta. Pozorováním, rozhovorem nebo dotazníkem. Kazuistika má svou vlastní strukturu, která má být dodržena. (Kutnohorská, 2009)

Cílem praktické části bakalářské práce je popsat detailní kazuistiku pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou, který je hospitalizován na neurologické klinice v Hradci Králové za využití koncepčního modelu Virginie Hendersonové a metodologie ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský plán byl sestaven u 67letého pacienta, který byl přivezen dne 2.11.2018 na urgentní příjem nemocnice Hradec Králové po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě. Pacientovi byla indikovaná následná terapie, která v jeho stavu nebyla až tak účinná. Při přijetí byla zjištěna klidová dušnost. U pacienta byl zpracován ošetrovatelský plán od 2.11. 2018 až do 10. dne tedy 12.11.2018 kdy také byl zhodnocen. K sestavení ošetrovatelského plánu byly sesbírány

informace od pacienta, ze zdravotnické dokumentace a od rodinných příslušníků. V příloze jsou přidány měřicí škály, které byly u pacienta použity. Ošetřovatelská anamnéza byla sestavena na koncepční model Virginie Henderson. Ke stanovení ošetřovatelských diagnóz byla použita NANDA I taxonomie II. Ošetřovatelské diagnózy byly sestaveny a zhodnoceny, na zjištěné ošetřovatelské diagnózy byl sestaven ošetřovatelský plán.

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

## 6.1 VYŠETŘENÍ SESTROU

**Tabulka 2 Údaje o pacientovi**

<b>iniciály klienta:</b> X.Y.	<b>rok narození:</b> 1951	<b>pohlaví:</b> muž
<b>datum přijetí:</b> 2. 11. 2018	<b>hospitalizace:</b> 10. den	<b>den operace:</b> /
<b>rodinný stav:</b> ženatý	<b>sociální status:</b> invalidní důchodce	

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, 2018

**Lékařská diagnóza:** Ischemická cévní mozková příhoda

**Vitální funkce při přijetí:**

**TK:** 155/90

**Hmotnost:** 80 kg

**P:** 82

**BMI:** 24,69

**D:** 16

**Pohyblivost:** omezená

**TT:** 36,7 °C

**Krevní skupina:** 0+

**Stav vědomí:** orientovaný osobou,  
místem, časem

**Výška:** 180 cm

**Tabulka 3 Medikamentózní léčba**

<b>Lékařem naordinovaná medikamentózní nebo jiná forma terapie:</b>				
<b>Název léku</b>	<b>Indikační skupina</b>	<b>Dávka</b>	<b>Forma podání</b>	<b>Doba podání</b>
Amlozek	Antihypertenzivum	5 mg	Per os	0-0-1
Gensi	Hypolipidemikum	20 mg	Per os	0-0-1

Onprelen	Antiulcerotika	20 mg	Per os	1-0-
Setaloft	Antidepresiva	50 mg	Per os	1-0-0
Warfarin	Antikoagulancium	2mg	Per os	0-1-0
Lactuloza	Laxativum	10 ml	Per os	1-1-1

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, 2018

**Tabulka 4: Biochemické vyšetření**

Biochemické vyšetření	Norma	Výsledek
Glukóza	3,6-5,6 mmol/l	4,5 mmol/l
Cholesterol	2,9-5,2 mmol/l	4,2 mmol/l
CRP	0,0-7,0 mg/l	4 mg/l
ALT	0,10-0,78 $\mu$ kat/l	<b>2,1 <math>\mu</math>kat/l</b>
AST	0,10-0,72 $\mu$ kat/l	0,7 $\mu$ kat/l
GMT	0,05-0,72 $\mu$ kat/l	0,6 $\mu$ kat/l
Na	137-146 mmol/l	<b>131 mmol/l</b>
K	3,8-5,0 mmol/l	4,1 mmol/l
Cl	97-108 mmol/l	98 mmol/l
Ca	2,0-2,75 mmol/l	2,2 mmol/l
Urea	1,7-8,3 mmol/l	6,090 mmol/l
Kreatinin	44-81 mmol/l	<b>82,40 mmol/l</b>
Kyselina močová	440 $\mu$ mol/l	312,10 $\mu$ mol/l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, 2018

**Tabulka 5: Hematologické vyšetření**

Hematologické vyšetření	Norma	Výsledek
Erytrocyty	4,0-5,3x10 <sup>12</sup> /l	4,5 10 <sup>9</sup> /l
Leukocyty	4,0-9,0 x 10 <sup>12</sup> /l	7,0 10 <sup>9</sup> /l
Trombocyty	130-350 <sup>9</sup> /l	258 <sup>9</sup> /l

Zdroj: Zdravotnická dokumentace, 2018

## 6.2 ANAMNÉZA

Pro těžkou afázií nemocného sepsáno s pomocí manželky.

### Rodinná anamnéza

**Otec:** zemřel ve 40 letech na infarkt myokardu

**Matka:** zemřela v 80 letech na selhání srdce

**Sourozenci:** sestra zemřela ve 45 letech na karcinom prsu, bratr zdravý

**Děti:** zdravé

### **Osobní anamnéza**

V roce 1957 prodělal revmatickou horečku, po které mu zůstala srdeční vada. Několik let má esenciální hypertenzi. V roce 2007 byla zjištěná ischemická choroba srdeční. Poté byla provedena koronarografie, implantace stentu a revaskulizace.

**Operace:** v roce 1999 exstirpace baliomu zad, 2001 fractura Th 12, 2007 úraz levého ramene (ruptura rotátor).

**Vidění:** nosí brýle na čtení

**Sluch:** dobrý, přiměřený věku

**Lateralizace:** pravák

**Abúzus:** kouřil 20/30 cigaret denně, po prodělané CMP nekouří. Tvrdý alkohol užívá příležitostně. Od onemocnění CMP nepije. Jen si dává dvě kávy za den.

### **Sociální anamnéza**

Bydlí v bytě 3+1 v 7 poschodí s výtahem. Žije s manželkou. Vztahy v rodině jsou dobré.

### **Pracovní anamnéza**

Vyučen seřizovačem textilních strojů. Několik let podnikal v dopravě, jako řidič. Jeho poslední zaměstnání bylo jako správce fotbalového hřiště.

## **6.3 POSOUZENÍ STAVU PACIENTA ZE DNE 12. 11. 2018**

### **Hlava a krk**

**Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*bolesti hlavy nemám*“

**Objektivně:**

Hlava mezocefalického tvaru, volně pohyblivá, bez deformit. Na pohmat nebolestivá. Oči ve středním postavení, nystygmus, rantopsie. Sklivec bílý, spojivky růžové. Brýle na čtení. Slyší dobře, uši bez výtoku. Jazyk plazí ve střední rovině, fyziologické barvy. Chrup neúplný. Horní i dolní snímatelná zubní protéza. Krk bez jiných deformit, pohyb neomezený. Náplň krčních žil v normě, bez zjevného zvětšení. Pulzace hmatná, uzliny hmatné, nezvětšené, nebolestivé.

### **Hrudník a dýchací systém**

**Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*dýchá se mi dobře, při námaze se zadýchávám*“



**Objektivně:**

Hrudník symetrický, při dýchání rovnoměrně rozvíjející, bez rezistence. Dýchání sklípkové bez vedlejších fenoménů. Při námaze dušnost.

**Srdečně cévní systém****Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*již od dětství mám srdeční vadu, trpím arytmiemi a jezdil sem 1x ročně do nemocnice Třinec na roztahování cév*“

**Objektivně:**

Srdeční akce nepravidelná. Slyšitelný šelest. Arytmie. Pulz silný, dobře hmatný. Dolní končetiny bez otoků a známek flebotrombózy.

**Břicho a GIT****Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*břicho mě nebolí, v nemocnici sklon k zácpě*“

**Objektivně:**

Břicho klidné, měkké, nebolestivé, volně prohmatané, bez hmatné rezistence. Játra po oblouk žeberní, na pohmat měkké. Plyny odcházejí. Barva kůže fyziologická, bez viditelných strií a jizev. Stolice v nemocnici nepravidelná. 1x za tři dny.

**Močový a pohlavní systém****Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*močím do bažanta, kdy se mi chce, v minulosti jsem problémy neměl*“

**Objektivně:**

Moč fyziologické barvy bez viditelných příměsí. Frekvence močení je v normě, odpovídá příjmu. Inkontinence není. Tekutiny 1,5 l za den.

**Kosterní a svalový systém****Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*chodím o chodítka po pokoji s dopomocí sestry, s rukou nehýbu a potřebuju pomoci s hygienou a přesunem na WC*“

**Objektivně:**

Míra pohyblivosti je velmi omezená. Z důvodu plegie PHK a parézy PDK. Chůze do 35 metrů pomocí chodítka. PHK v závěsu. Krční páteř pohyblivá, bez bolestí. Pacient je odkázán na pomoc druhé osoby.

## **Nervový systém**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*vím, kdo jsem a kde jsem, slyším dobře a brýle nosím na čtení, problém s řečí, někdy trvá vybavení*“

### **Objektivně:**

Orientovaný osobou, místem i časem, spolupracující, klidný. Lehká afázie, trvá, než si vybaví slova, ale všemu rozumí. Sluch dobrý, přiměřený věku, brýle na čtení. Čich chuť bez patologie, hmat na PHK nelze, LHK bez omezení.

## **Endokrinní systém**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*s ničím se neléčím*“

### **Objektivně:**

Štítná žláza hmatná, nezvětšená, nebolestivá. Poruchy endokrinního systému nejsou.

## **Imunitní systém**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*alergii nemám, nemocný jsem byl nedávno*“

### **Objektivně:**

Lymfatické uzliny hmatné, nebolestivé, nezvětšené. Teplota v normě. Alergie neguje.

## **Kůže a sliznice**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „*kůži mám normální, nesvědí mě*“

### **Objektivně:**

Kůže světlejší barvy, suchá, strie neviditelné. Kožní turgor v normě, nehty upravené.

## **6.4 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ DNE 12. 11. 2018**

Ošetrovatelská anamnéza byla zpracována dle známého modelu Virginie Henderson, se souhlasem pacienta dne 12. 11. 2018, který je hospitalizovaný na standardním oddělení neurologické kliniky Hradec Králové, po ischemické cévní mozkové příhodě. Model Virginie Henderson byl vybrán z důvodu stanoveného cíle

Virginie Henderson, který je zaměřen na soběstačnost pacienta v uspokojování jeho potřeb a schopnosti hodnotně žít.

### **DÝCHÁNÍ**

#### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „dýchá se mi dobře, při námaze se zadýchávám“

#### **Objektivně:**

Pacient není se svým zdravotním stavem spokojen. V klidu dušnost nepocítuje, při chůzi o chodítku nebo při menším pohybu, jako přesunutí z lůžka na židli, vozík pocítuje dušnost. Udává, že dříve také trpěl dušností, ale jen při chůzi do kopce. Lékaři tento ošetrovatelský problém hodnotí jako očekávaný, po dlouhém upoutání v lůžku. Klientovi byla změřena dechová frekvence, která je 16 dechů za minutu a saturačním čidlem byla naměřena hodnota 98 %.

**Ošetrovatelský problém:** námahová dušnost

### **VÝŽIVA A HYDRATAČE**

#### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „sním vše, co dostanu. Vypiju asi kolem 1,5 l vody“

#### **Objektivně:**

Nutriční stav pacienta je v pořádku, nedrží žádnou speciální dietu. Stravu přijímá ústy, někdy se zakašlává. Stravuje se pravidelně, na nemocniční stravu si nestěžuje, porce se mu zdají přiměřené. Hydratační stav pacienta je uspokojivý, vypije kolem 1,5 litru tekutin, tekutiny jsou mu aktivně dolévaný a nabízeny. Kožní turgor je v normě. BMI: 27,8.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** BMI (Body Mass Index)

### **VYLUČOVÁNÍ MOČE A STOLICE**

#### **Objektivně:**

Pacient uvádí: „močím do bažanta, na velkou jsem chodil pravidelně, v nemocnici mám zácpu“

#### **Subjektivně:**

Problémy se stolicí nikdy neměl, chodil pravidelně 1x za den. V nemocnici byla zjištěna nepravidelná stolice. Stolice 1x za tři dny. Na zácpu dostává pravidelně 3x denně laktulózu. Problémy s močením nejsou a moč je světle žluté barvy bez příměsí. Výdej odpovídá příjmu tekutin. Pacient není spokojený s močením do močové láhve, kterou má u lůžka. Je to nepříjemné a doufá, že později bude schopen docházet na WC.

**Ošetrovatelský problém:** zácpa

## **POHYB**

**Subjektivně:**

Pacient uvádí: „chodím o chodítka, jsem odkázán na pomoc druhé osoby při přesunu z lůžka na vozík nebo při vstávání z postele“

**Objektivně:**

Po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě, pacient trpí plegií PHK a parézíí PDK. Každý den za ním dochází rehabilitační sestra, se kterou se učí stát a chodit pomocí chodítka, které mu bylo v rámci pobytu v nemocnici zapůjčeno. Chůze po rovině je maximálně 35 metrů, poté začne pociťovat třes a bolest LDK. Ve volném čase za ním dochází manželka, děti a vnoučata. Po plánovaném propuštění z nemocnice, bude převezen do domácího prostředí, kde za ním bude docházet sestra z domácí péče a budou spolu 3x týdně cvičit. Při pobytu v domácím prostředí bude pacient čekat pobyt v rehabilitačním centru V Hrabyni, která se specializuje na CMP. Pacient je závislý na péči druhé osoby. Polohu v posteli zaujímá sám, na oba boky se pomalu otočí. Do sedu se dostane sám za pomoci hrazdičky.

**Ošetrovatelský problém:** dopomoc druhé osoby při vstávání z lůžka, hygieně, oblékání, stravování, riziko pádu

**Použitá měřicí technika:** stupnice dle Nortonové: 25 bodů (riziko vzniku dekubitů), Barthelové test: 55 bodů (závislost středního stupně), zhodnocení rizika pádu: 5 bodů (vysoké riziko pádu).

## **ODPOČINEK, SPÁNEK, BOLEST**

**Subjektivně:**

Pacient uvádí: „spím dobře, bolí mě levá noha při delší chůzi“

**Objektivně:**

Potíže se spánkem nejsou. V nemocnici spí více než doma, uvádí únavu po cvičení. Spí přibližně 7-9 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatý a nabitý energií. Těší se na cvičení. Léky na spaní neužívá a návyky na spaní, také žádné nemá. Noční můry a děsy neguje. Pacient udává bolesti LDK při delší chůzi, bylo zjištěno, že chůzi do 35 metrů zvládá, ale po 35 metrech cítí bolest a křeče LDK, musí se posadit.

**Ošetrovatelský problém:** akutní bolest LDK.

**Použitá měřicí technika:** VAS škála: 3

## OBLÉKÁNÍ

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „potřebuju dopomoc druhé osoby“

### Objektivně:

Pacient potřebuje dopomoc druhé osoby při oblékání z důvodu plegie PHK.

**Ošetrovatelský problém: neoblékne se sám**

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test: 55 bodů. (závislost středního stupně)

## REGULACE TĚLESNÉ TEPLoty

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „teplotu nemám“

### Objektivně:

Teplota pacienta je fyziologická. Po dobu hospitalizace mu nebyla naměřena vyšší teplota. Teplota měřená digitálním teploměrem: 36,7°C.

**Ošetrovatelský problém: 0**

## HYGIENA

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „potřebuju dopomoc druhé osoby, do koupelny se dostanu pomocí chodítka, ale potřebuji pomoc s přesunem a umytím zadní části těla“

### Objektivně:

Pacient má deficit sebepěče v oblasti hygieny, potřebuje dopomoc druhé osoby při umytí. Holení a stříhání má na starosti jeho manželka. Pacient vypadá udržovaně.

**Ošetrovatelský problém: deficit sebepěče v oblasti hygieny**

**Použitá měřicí technika:** Barthelové test: 55 bodů

## OCHRANA PŘED NEBEZPEČÍM

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „chci domů“

### Objektivně:

Pacient je nešťastný z toho, že je odkázaný na pomoc druhé osoby, ale těší ho, jeho vnoučata a má od rodiny velkou podporu. Suicidální myšlenky nemá. Nemá rád nemocniční prostředí, chtěl by domů.

**Ošetrovatelský problém: riziko pádu**

**Použitá měřicí technika:** zhodnocení rizika pádů: 5 bodů. (vysoké riziko pádu)

## KOMUNIKACE A KONTAKT

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „mám lehkou afázii, pletou se mi slova, trvá to. Manželka, děti a vnoučata za mnou, dojíždí každý den, těším se, až budu s nimi doma. Vnoučata mi dělají radost“

### Objektivně:

Pacient trpí lehkou afázií, má problém s tvořením slov. Každý den za ním dochází logopedka. Problémy v rodině nemá, rodina dochází na pravidelné návštěvy a zajímají se o zdravotní stav pacienta. Manželka je připravena na péči, je v kontaktu s domácí péčí a zařizuje pomůcky, které jsou potřebné.

**Ošetrovatelský problém:** Zhoršená verbální komunikace

**Použitá měřicí technika:** neverbální komunikace, rodinní příslušníci

## VÍRA

### Objektivně:

Pacient uvádí: „nejsem věřící“

### Subjektivně:

Pacient se nehlásí k žádné víře. Má radost ze své rodiny. Je pyšný na své děti a na úspěšné studování svých vnoučat. Do budoucna by se chtěl v první řadě naučit chodit, aby nemusel jezdit na invalidním vozíku a trávit více času se svou rodinou.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** 0

## PRÁCE

### Subjektivně:

Pacient uvádí: „důchodu jsem si neužil, pracoval jsem jako správce na fotbalovém hřišti, dříve jsem podnikal v dopravě“

### Objektivně:

Pacient je v invalidním důchodu, dříve pracoval jako správce na fotbalovém hřišti na plný úvazek. Teď je upoután na lůžko a je odkázán na pomoc druhé osoby. V lůžku je soběstačný. Obslouží se sám.

**Ošetrovatelský problém:** 0

**Použitá měřicí technika:** 0

## **AKTIVITY A ZÁJMY**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „ted' už jen můžu sledovat TV“

### **Objektivně:**

Pacient je nešťastný ze své nemoci. Nesportoval, ale chodil na pravidelné procházky, na návštěvu za kamarády a ze všeho nejraději hlídal svá vnoučata. Po prodělané ischemické cévní mozkové příhodě, pravidelně rehabilituje s fyzioterapeutkou a těší se na pokroky.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Použitá měřicí technika: 0**

## **UČENÍ**

### **Subjektivně:**

Pacient uvádí: „učím se chodit, mluvit“

### **Objektivně:**

Pacient každý den pravidelně podstupuje cvičení s fyzioterapeutkou a logopedkou, dělá pokroky. Učí se chůzi pomocí chodítka, stoj u lůžka. V logopedii je také úspěšný. Pacient pozitivně přistupuje k léčbě.

**Ošetrovatelský problém: 0**

**Použitá měřicí technika: 0**

## **6.5 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 12. 11. 2018**

Šedesáti sedmi letý pacient, ženatý, orientován místem a časem, byl akutně přijat po přivezení rychlou záchrannou službou, na neurologickou kliniku Fakultní nemocnice v Hradci Králové. U pacienta byla zjištěna mozková ischemie, jako následek ucpání tepny trombem. Při příjmu, byly pacientovi změřeny fyziologické funkce: TK 155/90, P 82', D16', TT 36,7C. Dále byla pacientovi ihned podána edematózní medikace a následně byl převezen na jednotku intenzivní péče. Pacientovi byl na levou horní končetinu upevněn identifikační náramek. Následně pacienta navštívil ošetřující lékař, který s pacientem podepsal informovaný souhlas s hospitalizací. Pacient byl hospitalizován na jednotce intenzivní péče po dobu šesti dní a po stabilizaci jeho stavu byl přeložen na standardní oddělení neurologie.

Na standardním oddělení došlo ke značnému zlepšení zdravotního stavu pacienta, a proto u něho mohla být zahájena fyzioterapie. Fyzioterapie je pro pacienta velmi důležitá a přínosná, aby se co nejdříve mohl vrátit do běžného života. Pacient

během hospitalizace spolupracoval s ošetřujícím personálem, a i v nepřítomnosti fyzioterapeuta měl snahu pokračovat v nácviu denních činností. Pacient s pomocí chodítka zvládá chůzi na krátkou vzdálenost. U pacienta hrozí **riziko pádu** v důsledku parézy pravé dolní končetiny. Při snaze ujít větší vzdálenost, pociťuje pacient **bolest** a křeč v levé dolní končetině. Pacient si tak musí po větší námaze odpočinout a poté, může pokračovat ve fyzioterapii. Po fyzioterapii udává pacient bolest číslo tři na analogové škále bolesti. V důsledku prodělané ischemické cévní mozkové příhody je u pacienta **zhoršená komunikace**, špatně si vybavuje některá slova, ale verbální komunikaci okolí rozumí. Vždy se snaží spolupracovat s ošetřujícím personálem. V průběhu hospitalizace pociťoval pacient **dušnost**, hlavně po námaze. Také byla u pacienta zjištěna **zácpa**, která byla způsobena změnou prostředí a sníženým pohybem. Pacient potřebuje **dopomoc** ošetřujícího personálu **při hygieně, stravování, oblékání a pohybu**. Pacienta **strach** o své zdraví. Proto byl pacient i jeho rodinní příslušníci edukováni všeobecnou sestrou a ošetřujícím lékařem o průběhu onemocnění a následné terapii.

V Barthelové testu základních všedních činností vyšel pacient ve středním stupni závislosti s celkovým počtem 55 bodů. Ve stupnici Nortonové - riziko vzniku dekubitů je skóre 25 bodů, střední riziko vzniku dekubitů. V hodnocení rizika pádu činilo skóre 5 bodů, z čehož vyplývá, že je pacient ohrožen rizikem pádu a je nutný.

#### **Použité měřící techniky:**

- **Barthelové test základních všedních činností**  
Hodnocení: 55 bodů (závislost středního stupně)
- **Nortonova stupnice**  
Hodnocení: 25 bodů (riziko vzniku dekubitů)
- **VAS škála bolesti**  
Hodnocení: bolest na stupnici číslo 3
- **Zhodnocení rizika pádu**  
Hodnocení: 5 bodů (vysoké riziko pádu)
- **Body Mass Index**  
Hodnocení: 24,69 (normální váha)



## 6.6 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy jsou seřazeny dle priorit. Celkem je stanoveno 7 ošetřovatelských diagnóz aktuálních a riziková. Diagnózy byly vypracovány dle NANDA I taxonomie II 2015-2017. Ve spolupráci s pacientem jsou stanoveny všechny ošetřovatelské diagnózy, které byly zjištěny 1. den jeho hospitalizace. Na základě rozhovoru s pacientem bylo stanoveno toto pořadí ošetřovatelských diagnóz a jejich uspořádání podle priority.

### **00155 RIZIKO PÁDU**

**Doména: 11 BEZPEČNOST/ OCHRANA**

**Třída: 2 TĚLESNÉ POŠKOZENÍ**

**Priorita:** střední

**Rizikové faktory:** používání pomůcek (chodítko), farmaka, akutní onemocnění, problémy s nohama, oslabení dolních končetin, potíže s chůzí, zhoršená mobilita, vaskulární onemocnění

### **00132 AKUTNÍ BOLEST**

**Doména: 12 KOMFORT**

**Třída: 1 TĚLESNÝ KOMFORT**

**Priorita:** střední

**Určující znaky:** výraz bolesti v obličeji, vyhledání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (numerická škála)

**Související faktory:** biologičtí původci zranění (ischemie)

### **00051 ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

**Doména: 5 PERCEPCE/KONDICE**

**Třída: 5 KOMUNIKACE**

**Priorita:** střední

**Určující znaky:** potíže verbálně vyjádřit myšlenky, potíže používat řeč těla, potíže s vyjadřováním

**Související faktory:** fyziologický stav (snížený průtok mozkiem)

## **00011 ZÁCPA**

**Doména: 3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA**

**Třída: 2 FUNKCE GASTROINTESTINÁLNÍHO SYSTÉMU**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** snížená frekvence stolice, snížený objem stolice, únava, tvrdá formovaná stolice

**Související faktory:** průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví, nedávná změna prostředí

## **0085 ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST**

**Doména: 4 AKTIVITA/ODPOČINEK**

**Třída: 2 AKTIVITA/CVIČENÍ**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** omezený rozsah pohybu, námahová dušnost,

**Související faktory:** úzkost, snížená vytrvalost, snížené ovládní svalstva, neuromuskulární poškození

## **00108 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ**

**Doména: 4 AKTIVITA/ODPOČINEK**

**Třída: 5 SEBEPÉČE**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** zhoršená schopnost se dostat do koupelny, zhoršená schopnost usušit si tělo, zhoršená schopnost, opatřit si potřeby ke koupání, zhoršená schopnost umýt si tělo

**Související faktory:** úzkost, překážky v prostředí, zhoršená schopnost vnímat část těla, neuromuskulární poškození, slabost

## **00109 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI OBLÉKÁNÍ**

**Doména: 4 AKTIVITA ODPOČINEK**

**Třída: 5 SEBEPÉČE**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla, zhoršená schopnost obléknout si oblečení na horní část těla

**Související faktory:** úzkost, únava, neuromuskulární poškození, slabost

**00102 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI STRAVOVÁNÍ**

**Doména: 4 AKTIVITA ODPOČINEK**

**Třída: 5 SEBEPÉČE**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** zhoršená schopnost zacházet s příborem, zhoršená schopnost připravit si jídlo

**Související faktory:** úzkost, únava, neuromuskulární poškození, slabost

**00110 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ**

**Doména: 4 AKTIVITA/ODPOČINEK**

**Třída: 5 SEBEPÉČE**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** zhoršená schopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu, zhoršená schopnost přemístit se na toaletu

**Související faktory:** úzkost, únava, neuromuskulární poškození, slabost

**00146 STRACH**

**Doména: 9 ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE**

**Třída: 2 REAKCE NA ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE**

**Priorita: střední**

**Určující znaky:** obavy ze změny v životě, zvýšený krevní tlak, zapomnětlivost

**Související faktory:** významná změna (zdravotní stav), ohrožení současného stavu

**00182 SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI**

**Doména: 4 AKTIVITA/ODPOČINEK**

**Třída: 5 SEBEPÉČE**

**Priorita: nízká**

**Určující znaky:** vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska života, vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost z hlediska zdraví, vyjadřuje touhu zlepšit sebepéče

## 6.7 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

### OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: AKUTNÍ BOLEST (00132)

**Doména:** Komfort

**Třída:** 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.

**Určující znaky:** výraz bolesti v obličeji, vyhledání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (numerická škála)

**Související faktory:** biologičtí původci zranění (ischemie)

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:** Pacient má úlevu od bolesti (hodnota na stupnici VAS z hodnoty 3 klesne na 2, do jednoho dne).

**Cíl dlouhodobý:** Pacient je bez bolestí do konce hospitalizace (hodnota na škále VAS bude na 0).

**Očekávané výsledky:**

- pacient chápe příčiny vzniku bolesti do 15 minut
- pacient je schopný o bolestech a jejich projevech hovořit do 15 minut
- pacient dodržuje léčbu, která mu byla naordinována do konce hospitalizace
- pacient využívá antalgické polohy a využívá relaxační techniky do 1 hodiny
- pacient udává, že je bolest zmírněna všeobecné sestře do 30 minut od podání analgetik
- pacient dosahuje, co nejlepší kvality života do konce hospitalizace

**Plán intervencí:**

1. posuď bolest levé dolní končetiny, její charakter, intenzitu, trvání, častost-všeobecná sestra do 24 hodin. Při vyšší intenzitě bolesti, okamžitě informovat ošetřujícího lékaře a provést zápis do lékařské dokumentace.
2. posuď ovlivnitelnost bolesti-všeobecná sestra - do 30 minut
3. zjisti příčiny bolesti-všeobecná sestra do 15 minut
4. pozoruj verbální projevy pacienta na bolest-všeobecná sestra - do 15 minut
5. všímej si chování pacienta a jeho změn-všeobecná sestra - do 15 minut

6. sleduj fyziologické funkce pacienta-všeobecná sestra - každou hodinu po dobu hospitalizace
7. zhodnot' vliv bolesti na spánek a pohodu – všeobecná sestra, do 1 hodiny
8. zaznamenávej intenzitu bolesti do dokumentace – všeobecná sestra, před podáním analgetik a 30 minut po podání analgetik, od 1. dne hospitalizace
9. podávej pacientovi analgetika dle ordinace lékaře – všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace
10. sleduj vedlejší účinky léků- všeobecná sestra, od 1. dne hospitalizace

#### **Realizace intervencí:**

##### **4. 11. 2018**

Pacient se zkusí postavovat u lůžka. Při delším stání si stěžuje na mírnou bolest LDK. Po odpočinku, bolest neguje a je schopen se znovu postavit.

##### **5. 11. 2018**

Pacient uvádí bolest LDK při chůzi, v klidu bolest neguje. Na stupnici VAS ji hodnotí číslem 3. Na základě tohoto zjištění, mu byly změřené fyziologické funkce, které byly nad hranicí normy (TK 155/90, P 89, TT 36,7 C). Pacient je podrážděný a plačtivý. Bolest mu vadí v rehabilitaci a delší chůzi, která je pro něj velice důležitá, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

##### **7. 11. 2018**

Pacient se opět zmiňuje o bolesti při chůzi. Delší trasu nezvládne. Lékař byl informován a intenzita bolesti byla zaznamenána v dokumentaci.

#### **Hodnocení ke dni 12. 11. 2018:**

Očekávané výsledky byly částečně splněny. Krátkodobý ani dlouhodobý cíl splněn nebyl, bolesti pacienta při chůzi nadále přetrvávaly, proto je nutné pokračovat v intervencích 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10.

### **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: RIZIKO PÁDU (00155)**

**Doména:** Bezpečnost/ochrana

**Třída:** Tělesné poškození

**Definice:** Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

**Určující znaky:** používání pomůcek (chodítka), farmaka, akutní onemocnění, problémy s nohama, oslabení dolních končetin, potíže s chůzí, zhoršená mobilita, vaskulární onemocnění

**Priorita:** střední

**Cíl krátkodobý:**

Pacient zná rizikové faktory, budou mu poskytnuty bezpečnostní opatření, které zabrání pádů a bude poučen o nutnosti zazvonit si dle potřeby.

**Cíl dlouhodobý:**

Pacient neupadne a jeho okolí je zabezpečeno do konce hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- pacient umí použít signalizační zařízení do 15 minut
- pacient zná rizikové faktory a je poučen v případě potřeby použít signalizační zařízení do 15 minut
- pacient ví, jak se chovat, aby si nezpůsobil zranění do 30 minut
- pacient je poučen o nutnosti doprovodu a pomoci druhé osoby do 30 minut
- pacient je poučen o dodržování předpisů k prevenci pádu a respektuje to do 1 hodiny

**Plán intervencí:**

1. posuď všechny rizikové faktory ve vztahu k prevenci pádu – všeobecná sestra, do 15 minut
2. urči stupeň pohyblivosti pacienta – všeobecná sestra, do 15 minut
3. zajisti bezpečné prostředí v okolí pacienta (postranice, suchá podlaha, hrazdička, osvětlení, madla, protiskluzové a kompenzační pomůcky) – všeobecná sestra, do 15 minut
4. všiměj si správnosti používání kompenzačních pomůcek – všeobecná sestra, od 1.dne hospitalizace
5. zajisti dohled nad pacientem-všeobecná sestra, od 1.dne hospitalizace
6. informuj pacienta o všech bezpečnostních opatřeních – všeobecná sestra, do 15 minut
7. zajisti bezpečnost pacienta při všech ošetrovatelských a léčebných výkonech – všeobecná sestra, od 1.dne hospitalizace

**Realizace intervencí:**

**2. 11. 2018**

Pacient je poučen o všech bezpečnostních opatřeních, má zajištěné okolí proti pádu. Jeho postel má na noc postranice.

### **5. 11. 2018**

Pacient se učí vstávat a znovu chodit s fyzioterapeutkou. Okolí pacienta je bezpečné a s kompenzačními pomůckami je seznámen. Pracuje s nimi správně.

### **7. 11. 2018**

Pacient po dobu hospitalizace neupadl a jeho okolí je bezpečné.

### **Hodnocení ke dni 12. 11. 2018**

Očekávané výsledky i krátkodobý a dlouhodobý cíl byl splněn. Pacient neupadl a nemá žádný defekt, ale i přesto je nutné pokračovat v intervencích 1, 3, 4, 5, 7.

## **OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA: ZÁCPA (00011)**

**Doména:** Vylučování a výměna

**Třída:** Funkce gastrointestinálního systému

**Definice:** Pokles běžné frekvence defekace doprovázený obtížným či nekompletním odchodem stolice nebo odchodem nepřiměřeně tuhé, suché stolice

**Určující znaky:** snížená frekvence stolice, snížený objem stolice, únava, tvrdá formovaná stolice

**Související faktory:** průměrná denní fyzická aktivita je nižší, než je doporučena pro dané pohlaví, nedávná změna prostředí

**Priorita:** střední

### **Cíl krátkodobý:**

Pacient je poučen o nutnosti pravidelného vyprazdňování, snaží se dodržovat pitný režim a fyzickou aktivitu. Je seznámen s vhodnými potravinami a tekutinami, které jsou doporučeny.

### **Cíl dlouhodobý:**

Pacient se bude pravidelně vyprazdňovat. Konzistence stolice bude fyziologická a defekace bezbolestná. Dodržuje pitný režim a konzumuje potraviny, které mu byly doporučeny po celou dobu hospitalizace.<sup>7</sup>

### **Očekávané výsledky:**

- pacient zná příznaky svého onemocnění do 15 minut
- pacient se pravidelně vyprazdňuje, frekvence defekace a konzistence je v normě od 1.dne hospitalizace
- pacient nepocítuje žádné bolesti břicha, plynatost a jeho stolice je fyziologické barvy do 1 hodiny

- pacient zná vhodné potraviny, které nezpůsobují zácpu, a pravidelně je konzumuje do 1 hodiny
- pacient má dostatek fyzické aktivity do 24 hodin
- pacient vypije alespoň 2-2,5 litru tekutin za 24 hodin
- pacient je informován o použití prostředků, které stolici vyvolávají a bude je používat jen v nutných případech do 30 minut

**Plán intervencí:**

1. zjistí příčiny zácpy – všeobecná sestra, do 15 minut
2. zjistí způsob, kterým se pacient dříve vyprazdňoval, a tento způsob podpoř – všeobecná sestra, do 15 minut
3. zjistí příjem tekutin, stravovací režim – všeobecná sestra, do 15 minut
4. zjistí míru aktivity a způsob pohybu – všeobecná sestra, do 15 minut
5. zhodnot' užívané léky, interakce a vedlejší účinky – všeobecná sestra, do 1 hodiny
6. stolici pravidelně zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, od 1.dne hospitalizace
7. motivuj pacienta k dodržování diety – všeobecná sestra, do 30 minut

**Realizace intervencí:**

**3. 11. 2018**

Pacient udává zácpu z důvodu pobytu v nemocnici. Byl poučen o nutnosti vyprazdňování a seznámen s možnými prostředky, které lze pro defekaci použít. Byl edukován o vhodných potravinách, s vysokým obsahem vlákniny, které vyprazdňování stolice podporují, také byl seznámen s nutností dodržování pitného režimu a dostatečné fyzické aktivity přiměřené k jeho zdravotnímu stavu.

**4. 11. 2018**

Pacient se snaží dodržovat doporučení, se kterými byl seznámen a respektuje ho. Jeho denní příjem tekutin je 2,5 litru a strava je pestrá a bohatá na vlákninu. Aktivita je přiměřená jeho zdravotnímu stavu.

**5. 11. 2018**

Pacient byl zavezen na záchod, kde se vyprázdnil. Stolice byla formovaná, fyziologické barvy. Byla mu provedena hygiena po vyprázdnění a ošetřen konečník z důvodu začervenání. Stolice byla zaznamenána do dokumentace.



## **7. 11. 2018**

Pacient udává pravidelnost ve vyprazdňování a konzumuje doporučené potraviny.

### **Hodnocení ke dni 12. 11. 2018:**

Očekávané výsledky byly splněny. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl také splněn, pacient se pravidelně vyprazdňuje, ale i přesto je nutné pokračování v intervencích 3, 4, 6, 7.

## **6.8 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE**

Muž 67 let, byl dne 2. 11. 2018 hospitalizován na neurologické klinice ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, pro ischemickou cévní mozkovou příhodu. Jeho stav byl zpočátku velice vážný, vzhledem k pozdnímu příjezdu do nemocnice. Při spolupráci s pacientem byly zjištěné ošetřovatelské problémy. V bakalářské práci byly ošetřovatelské problémy zaznamenány 10.den jeho hospitalizace.

Ošetřovatelské problémy byly zjištěny v doménách výživy, vylučování, komfortu, bezpečnosti a sebepéče. Dále byly provedeny ošetřovatelské diagnózy, popsány jejich definice, stanovení krátkodobých, dlouhodobých cílů, intervence, očekávané výsledky a realizace. Hodnocení bylo provedeno po 10 dnech.

Celkový stav pacienta byl o hodně lepší. V některých ošetřovatelských doménách se velice zlepšil. Realizace probíhala dle sestaveného ošetřovatelského plánu. Od začátku pacient spolupracoval byl hodně snaživý a trpělivý. Po celou dobu hospitalizace se zdravotnický personál snažil o zrealizování všech ošetřovatelských činností a také o celkové zlepšení zdravotního stavu.

Při zhodnocení ošetřovatelského plánu bylo zjištěno, že akutní bolest pacienta při chůzi nadále přetrvávala, nebyla zjištěna příčina vzniku bolesti. Celková péče byla důkladná a efektivní. Mnoho dlouhodobých cílů bylo splněno. Pacient dosáhl lepší celkové sebepéče, pravidelného vyprazdňování a také po celou dobu hospitalizace neupadl. Velkou podporu a naději do něj vkládala hlavně jeho rodina.

Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na neurologické klinice byl hospitalizován celkově 15 dnů. Dle zjištěných údajů, byl pacient propuštěn do domácí péče, kde za ním dochází fyzioterapeut a pacient nadále pokračuje v intenzivní rehabilitace. O pacienta se stará jeho manželka, která byla o všem dostatečně edukována.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě informací, které byly sesbírány z literatury a odborných článků na téma cévní mozková příhoda bylo sestaveno doporučení pro praxi, pro všeobecné sestry a pro pacienta.

### **Doporučení pro všeobecné sestry:**

- provádět psychickou podporu pacientovi
- pacienta vnímat jako bio-psycho-sociální bytost a chovat se k němu důstojně
- vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacienta (Barthel test, BMI, měření intenzity bolesti)
- dodržovat profesionální komunikaci, v případě potřeby komunikovat i neverbálně
- účastnit se pravidelných seminářů a kurzů
- zájem vzdělávat se
- dostatečně informovat pacienta o jeho onemocnění a seznámit ho se všemi riziky daného onemocnění
- všímat si projevů tohoto onemocnění
- pozorovat a hodnotit stav pacienta
- hodnotit a ošetřovat celistvost kůže
- spolupracovat s odborníky (fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut)
- provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvýšit soběstačnost
- posoudit sociální stav pacienta, popřípadě přivolat sociálního pracovníka

### **Doporučení pro pacienty:**

- dostatečně se informovat o specifikách daného onemocnění
- aktivně spolupracovat s lékaři a zdravotními sestrami
- důsledně provádět rehabilitaci
- dodržovat doporučení lékařů a zdravotnického týmu
- užívat metody psychoterapie, logopedie, ergoterapie, fyzioterapie
- užívat léky pravidelně, dle ordinace lékaře
- v případě potřeby vyhledat i sociálního pracovníka

## ZÁVĚR

Cévní mozková příhoda se netýká pouze samotného pacienta. Tato problematika ovlivňuje jak rodinu nemocného, tak v neposlední řadě i společnost. Dle statistických údajů již nejsou výjimky ani mladí lidé postiženi tímto onemocněním.

Samotná práce je rozdělena na teoretickou část a část praktickou.

V teoretické části je stručně popsána medicínská problematika pacienta po cévní mozkové příhodě. Vymezeny základní pojmy, co se týká charakteristiky onemocnění, rozdělení CMP a klinické příznaky. Dále jsou rozebrány diagnostické metody a léčba. Velmi důležitá jsou také specifika ošetrovatelské péče o pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě, která zahrnuje včasnou fyzioterapii, logopedii, ergoterapii a psychoterapii do které se zapojují nejen zdravotničtí pracovníci a pacient, ale také rodina pacienta.

Druhá část bakalářské práce se zaměřuje na konkrétní rozbor kazuistiky u pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě. Byly sesbírány základní informace v podobě anamnézy a posouzení zdravotního i psychického stavu. Také bylo provedeno utřídění informací dle Virginie Henderson a sepsána situační analýza. Na základě těchto informací sestaveny ošetrovatelské diagnózy a popsán plán ošetrovatelské péče. Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit zdravotní stav pacienta dle NANDA I taxonomie II a sestavit informační leták pro rodinu pacienta po ischemické cévní mozkové příhodě. Očekávané výsledky i krátkodobé cíle byly splněny, dlouhodobé cíle splněny nebyly, proto je nutné ve vybraných intervencích pokračovat nadále.

V závěru práce je uvedeno doporučení pro praxi, které se týká jak zdravotnických pracovníků, tak pacientů a jejich rodiny. Zde je poukázáno na nedostatečnou informovanost o této problematice, fyzioterapii, spolupráci a trpělivost.

Práce je určena pro všeobecné sestry pracující na neurologickém oddělení jako studijní materiál za účelem obohacení o nové informace a nové poznatky z této oblasti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDERSON, C. *Guidelines for the management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association*. American stroke association, 2010. ISBN 978-09-511-6787-7.

BAUER, Jiří, 2010. *Léčba ischemické cévní mozkové příhody*[online].[cit. 2010-12-09]. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2010/09/12.pdf>.

BARTŮNĚK, Petr et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU et al., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HERZIG, Roman, 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. vyd. Praha:Maxdorf. ISBN978-80-7345-373-2

HUTYRA, Martin et al., 2011. *Kardioembolizační ischemické cévní mozkové příhody*. Praha: Grada.ISBN 978-80-247-3816-1.

KALINA, Miroslav, 2008. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-107-9.

KALVACH, Pavel et al., 2010. *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2765-3.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3

KOLÁŘ, Pavel et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1

KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Mozek* [online]. [cit. 2008-05-03]. Dostupné z: <https://www.ulekare.cz/clanek/mozek-1160>

KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4

MLČOCH, Zdeněk, 2008. *Mozek – jednotlivé anatomické části a jejich funkce v přehledu*[online]. [cit. 2008-01-08]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/mozek-jednotlive-anatomicke-casti-a-jejich-funkce-v-prehledu>

MLČOCH, Zdeněk, 2008. *Mrtvice – příznaky, léčba, rizikové faktory a prevence*[online]. [cit. 2008-03-06]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/mrtvice-priznaky-lecba-rizikove-faktory-a-prevence>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2018. *Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou se výrazně zefektivňuje*[online]. [cit. 2008-12-06]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-pece-o-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou-se-vyrazne-zefektivnuje\\_4004\\_114\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-pece-o-pacienty-s-cevni-mozkovou-prihodou-se-vyrazne-zefektivnuje_4004_114_1.html)

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3708-9.

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

NĚMCOVÁ, Jitka a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství. Výzkum porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci: text pro posluchače zdravotnických oborů. 4. vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.*

PETROVICSOVÁ a kol., 2018. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. [online]. [cit. 2018-09-06]. Dostupné z: [http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/bezpecnost-a-ucinnost-intravenozni-trombolyticke-terapie-mozkoveho-infarktu-u-pacientu-nad-80-let-veku-38695?confirm\\_rules=1](http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/bezpecnost-a-ucinnost-intravenozni-trombolyticke-terapie-mozkoveho-infarktu-u-pacientu-nad-80-let-veku-38695?confirm_rules=1)

PETRŽELA, Michal, 2016. *První pomoc pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5556-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3601-3.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR, 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠKOLOUDÍK, Daniel et al., 2013. *Rekanalizační terapie*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-360-2

TOMEK, Aleš, 2012. *Neurointenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2659-8.

VOKURKA, Martin a kol., 2014. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-2032-9.

## PŘÍLOHY

Příloha A – Modifikovaná škála Nortonové .....	63
Příloha B – Barthel test denních všedních činností .....	64
Příloha C – VAS škála .....	65
Příloha D – Určení rizika pádu pacientů.....	66
Příloha E – Edukační leták.....	67
Příloha F – Rešerše .....	71
Příloha G– Čestné prohlášení studenta k získání podkladů .....	72

Příloha A – Modifikovaná škála Nortonové

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
Malá	3 11-30	3 Alergie	3 Horečka Diabetes Anemie Karcinom	3 Zhoršený	3 Apatický	3 Částečně omezená	3 Občas	3 Doprovod
Částečná	2 31-60	2 Vlhká	2 Kachexie Obezita Onucy A jiné	2 Špatný	2 Zmatený	2 Velmi omezená	2 Převažně močová	2 Sedáčka
Žádná	1 nad 60	1 Suchá		1 Velmi špatný	1 Bezvědomí	1 Žádná	1 Stolica i moč	1 Upoután na lůžko

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

Zdroj: <http://nd01.jxs.cz/514/221/f6ac41>



Příloha B – Barthel test denních všedních činností

**Barthelův test základních všedních činností  
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta: .....

Datum narození pacienta (věk): .....

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

Hodnocení stupně závislosti: \*\*

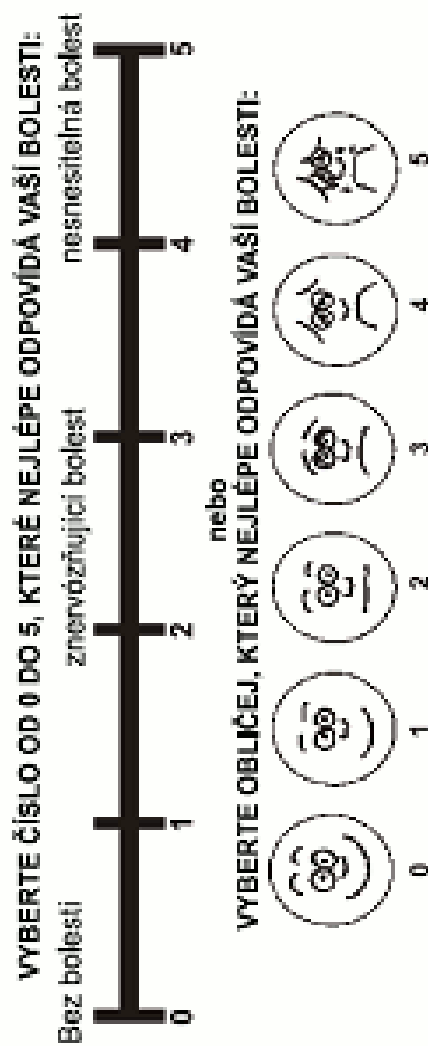
- ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**  
 ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**  
 ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**  
 ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností

\*\* zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Zdroj: <https://cz.pinterest.com/pin/3273>

## Vizuální analogová škála



Ptejte se pacienta na INTENZITU \* LOKALIZACI \* ZAČÁTEK \* DOBU TRVÁNÍ \* ZMĚNY

Zdroj: [http://www.kar-fnkv.cz/kar\\_bolest.pdf](http://www.kar-fnkv.cz/kar_bolest.pdf)

## Příloha D – Určení rizika pádu pacientů

### Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

Během příjmového vyhodnocení vyhodnoťte pacienta podle následujících kritérií. Jestliže je skóre vyšší než 3, řiďte se protokolem. Přehodnoťte stav pacienta podle potřeby.

Aktivita		Skóre
<b>Pohyb</b>	Neomezený	0
	Používání pomůcek	1
	Potřebuje pomoc k pohybu	1
	Neschopen přesunu	1
<b>Vyprazdňování</b>	Nevyžaduje pomoc	0
	Historie nokturie/inkontinence	1
	Vyžaduje pomoc	1
<b>Medikace</b>	Neužívá rizikové léky	0
	Užívá léky ze skupiny: - diuretik - antikonvulziv - antiparkinsonik - antihypertenziv - psychotropní léky nebo benzodiazepiny	1
<b>Smyslové poruchy</b>	Žádné	0
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1
<b>Mentální stav</b>	Orientován	0
	Občasná/noční dezorientace	1
	Historie dezorientace/demence	1
<b>Věk</b>	18-75	0
	75 a výše	1
<b>Celkové skóre:</b>		

Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5824.p>



Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Praha 5

### **ŽIVOT PO CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ**

Informační brožura pro rodinu člověka po cévní mozkové příhodě

Po cévních mozkových příhodách mohou u člověka nastat trvalá postižení, kdy bude odkázán na pomoc druhých osob. Mezi ty hlavní patří porucha řeči a omezená hybnost končetin. Bohužel ne všechny poruchy se dají vrátit zpět do původního stavu, ale se spoustou postižení se dá pracovat.

Toto je informační leták, který by měl být nápomocný pro lidi po cévní mozkové příhodě, a hlavně taky pro členy rodiny, kteří jsou důležitým prvkem pro navrácení postiženého do normálního života.



## Jak rozpoznat příznaky cévní mozkové příhody?

### Metodou **FAST**



**F**  
obličej

Požádám člověka, aby se usmál.  
Je patrný pokles ústního  
koutku nebo očního víčka?



**A**  
paže

Zvednu mu ruce do předpažení.  
Nemůže udržet obě paže ve  
stejně výšce a jedna nápadně  
poklesne oproti druhé?



**S**  
řeč

Zeptám se ho, jak se jmenuje.  
Odpovídá nesrozumitelně či  
má potíže s porozuměním?



**T**  
čas

Pokud zaznamenám aspoň  
jediný z těchto příznaků  
**IHNED VOLÁM  
155!**



## Následky cévní mozkové příhody

Porucha  
vidění

Potíže  
s mluvením  
nebo  
porozuměním  
www.fnusa.igrg.cz

Psychické  
potíže

Slabost nebo  
ochrnutí na  
pravé nebo levé  
straně těla

Potíže se  
čtením,  
psaním,  
počítáním

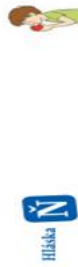
Potíže  
s krátkodobou  
pamětí

## CO DĚLAT S PORUCHOU ŘEČI?

Může se stát, že pacient bude mít poruchu řeči a nebude umět vyslovit, co potřebuje. Rodina by nikdy neměla zapomínat na spolupráci s logopedem, která je velice důležitá. Nemocný musí mít dostatek času na naučení a rodinní příslušníci by měli mít dostatek trpělivosti, to člověk po cévní mozkové příhodě ocení nejvíce.

### PRÁVIDLA PRO SPRÁVNOU KOMUNIKACI

- ✓ Nekřič na mě, nejsem hluchý
- ✓ Používej dotyky
- ✓ Dívej se mi do očí, abych v případě potřeby mohl odezrát
- ✓ Používej krátké věty a jednoduché slova
- ✓ Mluv zřetelně a jasně
- ✓ Použij ke své komunikaci různé gesta
- ✓ Někdy nebudu rozumět, ale měj se mnou trpělivost
- ✓ Nevyhýbej se mi



Hláška  
**Ň**

Mimická rezervní písnička, jejíž síla je určena za děti zoubky. Čej  
Jestli se pomalu jako kromě, výkon: NĀ, M, MĀ, MĀ.



Hláška  
**Ť**

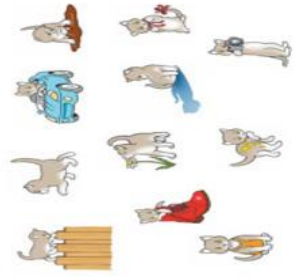
Mimická rezervní písnička, jejíž síla je určena za děti zoubky. Čej  
Jestli se pomalu jako kromě, výkon: TĀ, M, TĀ, TĀ, TĀ.



Spojte v řídky, což dělá letí v baloně. Vepřeláde, Teďák letí v baloně.



Řídky čtyřmi větrání, což dělá letí.



Spojte v řídky, což dělá letí v baloně. Vepřeláde, Teďák letí v baloně.

### **JAK NA PORUCHU HYBNOSTI?**

U pacienta po cévní mozkové příhodě je důležitá včasná rehabilitace, která by měla začít v prvních dnech hospitalizace v nemocnici. Po propuštění do domácí péče, by rodina měla spolupracovat s rehabilitačními sestrami, které budou za nemocným docházet domů a postupně pracovat na dosažení soběstačnosti.

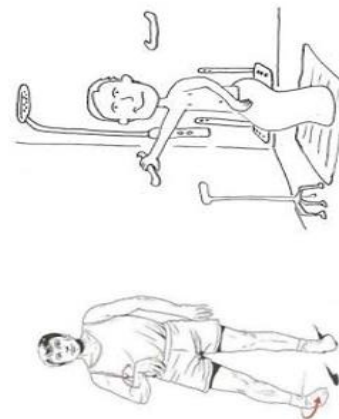
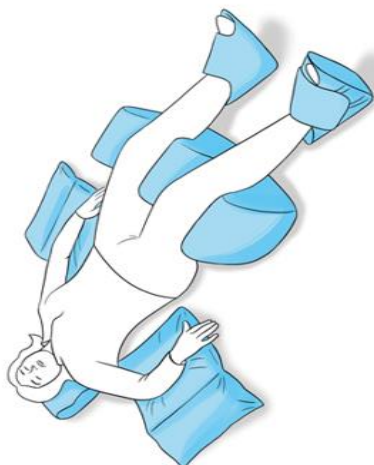
#### **Na co nezapomenout?**

- ✓ Polohování
- ✓ Suchá pokožka
- ✓ Správná poloha při stravování



#### **Čemu se tím vyvaruju?**

- ✓ Proleženinám
- ✓ Opruzeninám
- ✓ Vdechnutí jídla





**Moravskoslezská  
vědecká knihovna  
v Ostravě**



**Lucie Machaličková**

<b>Číslo rešerše:</b>	<b>8602</b>
<b>Název <u>rešerše</u>:</b>	<b>Komplexní ošetrovatelská péče u pacienta s ischemickou cévní mozkovou příhodou</b>
<b>Jazykové omezení:</b>	ČJ, AJ
<b>Časové omezení:</b>	<b>2008-2018</b>
<b>Klíčová slova:</b>	ischemická cévní mozková příhoda, komplexní ošetrovatelská péče, <u>iktové</u> centra v ČR
<b>Druhy dokumentů:</b>	knihy, články, elektronické zdroje
<b>Počet záznamů:</b>	51 (knihy: 13, články:15, elektronické zdroje: 23)
<b>Citací styl:</b>	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
<b>Zpracovala:</b>	Bc. Seberová Radmila, zaměstnankyně Moravskoslezské vědecké knihovny

Zdroj: <https://www.svkos.cz/>



## Čestné prohlášení

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

V Praze dne .....

.....

Jméno a příjmení studenta