

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Michaela Tupá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Michaela Tupá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
S PARKINSONOVOU CHOROBU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela TUPÁ**
Osobní číslo: **Z18B0080P**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- REKTOR, Ivan a REKTOROVÁ, Irena. Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi. Vyd. 1. Praha: Triton, 1999. Levou zadní. ISBN 80-7254-026-2.
- ŠTOCHL, Jan. Structure of motor symptoms of Parkinson's disease. Prague: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1403-8.
- ROTH, Jan, RŮŽIČKA, Evžen a KAŇOVSKÝ, Petr. Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy. Praha: Galén, 2000. Extrapyramidová onemocnění. ISBN 80-7262-048-7.
- BETGER, Jiří, KALITA, Zbyněk a ULČ, Igor. Parkinsonova choroba. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.
- ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela a RŮŽIČKA, Evžen. Parkinsonova nemoc. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Posseltová**
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.03.2021.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Michaela Tupá

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 94

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 55

Klíčová slova: Parkinsonova choroba, sestra, ošetrovatelská péče, pacient, ošetrovatelské problémy, ošetrovatelské intervence

Souhrn:

Teoretická část je zaměřena na historii, základní informace, klinické příznaky, diagnostiku, fáze nemoci a léčbu Parkinsonovy choroby. V teoretické části je dále zmíněná ošetrovatelská péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. Praktická část je zpracována formou tří kazuistik u tří pacientů trpících Parkinsonovou chorobou. Výstupem do praxe je mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou pro všeobecné sestry a ošetrovatelský personál.

Abstract

Surname and name: Michaela Tupá

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing care of a patient with Parkinson's disease

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 94

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 55

Keywords: Parkinson 's disease, nurse, nursing care, patient, nursing problems, nursing interventions

Summary:

The theoretical part focuses on the history, basic information, clinical symptoms, diagnosis, stages of the disease and treatment of Parkinson's disease. The theoretical part also mentions the nursing care of a patient with Parkinson's disease. The practical part is processed in the form of three case reports in three patients suffering from Parkinson's disease. The output to practice is a map of nursing care for a patient with Parkinson's disease for general nurses and nursing staff.

Předmluva

Cílem bakalářské práce bylo zjistit ošetrovatelské problémy pacientů s Parkinsonovou chorobou a zjistit, jak tyto problémy může sestra pozitivně ovlivnit.

V práci bylo použito kvalitativní výzkumné šetření formou vypracování tří kazuistik. Výstupem této práce je mapa ošetrovatelské péče pro sestry na neurologickém oddělení.

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lucii Posseltové za cenné rady, věnovaný čas a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Můj dík patří také MUDr. Vojtěchu Machovi, za soukromou přednášku a poskytnutí materiálů k vypracování praktické části mé bakalářské práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také mojí rodině a blízkým za podporu, pomoc a trpělivost při psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 HISTORIE	16
2 ZÁKLADNÍ INFORMACE	18
2.1 Výskyt nemoci	18
2.2 Jak a proč nemoc vzniká	18
2.3 Dědičné faktory.....	19
2.4 Vlivy prostředí	19
3 FÁZE ONEMOCNĚNÍ	20
3.1 První fáze	20
3.2 Druhá fáze.....	20
3.3 Třetí fáze	20
3.4 Čtvrtá fáze.....	20
4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	21
4.1 Motorické příznaky	21
4.1.1 Třes	21
4.1.2 Svalová ztuhlost.....	21
4.1.3 Zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybu	22
4.1.4 Poruchy stoje a chůze	22
4.2 Non-motorické příznaky	22
4.2.1 Nadměrné slinění.....	22
4.2.2 Porucha čichu a chuti.....	22
4.2.3 Poruchy polykání.....	23
4.2.4 Nausea a zvracení	23
4.2.5 Zácpa	23
4.2.6 Inkontinence stolice.....	24
4.2.7 Poruchy močení	24
4.2.8 Bolest.....	24
4.2.9 Změna hmotnosti	24
4.2.10 Poruchy kognitivních funkcí	25
4.2.11 Halucinace	25
4.2.12 Deprese	26
4.2.13 Apatie	26

4.2.14	Sexuální dysfunkce.....	26
4.2.15	Ortostatická hypotenze	26
4.2.16	Nadměrná denní spavost.....	26
4.2.17	Nespavost	27
4.2.18	Poruchy chování v REM spánku	27
4.2.19	Syndrom neklidných nohou.....	27
4.2.20	Otoky nohou	27
4.2.21	Nadměrné pocení.....	27
4.2.22	Diplopie a poruchy zraku	28
4.2.23	Klamné představy a bludy	28
4.2.24	Poruchy kontroly impulzů	28
4.2.25	Poruchy řeči.....	28
4.2.26	Poruchy písma	28
5	DIAGNOSTIKA.....	29
6	LÉČBA	31
6.1	Farmakoterapie	31
6.1.1	Levodopa	31
6.1.2	Agonisté dopaminu.....	32
6.1.3	Inhibitory COMT.....	32
6.1.4	Inhibitory MAO-B.....	32
6.1.5	Anticholinergika	32
6.1.6	Amantadin	32
6.1.7	Botulotoxin.....	33
6.2	Farmakoterapie vedlejších účinků	33
6.2.1	Domperidon.....	33
6.2.2	Antidepresiva.....	33
6.2.3	Anxiolitika a sedativa	33
6.3	Chirurgická léčba.....	33
6.3.1	Pallidotomie.....	33
6.3.2	Hluboká mozková stimulace	33
6.3.3	Pumpa duodopa	34
6.4	Rehabilitace	34
6.5	Logopedie	35
7	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	36
7.1	Ošetřovatelská péče o výživu.....	36
7.2	Ošetřovatelská péče o hygienu.....	37
7.3	Ošetřovatelská péče o spánek	37

7.4	Ošetrovatelská péče psycho-sociální	38
7.5	Sociální problematika	38
8	ORGANIZACE PRO NEMOCNÉ.....	39
8.1	Společnost Parkinson.....	39
8.2	EPDA.....	39
8.3	Parkinson help.....	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
9	FORMULACE PROBLÉMU	40
10	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
10.1	Cíl výzkumu	41
10.2	Dílčí cíle	41
10.3	Výzkumné otázky.....	41
11	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	42
12	METODIKA PRÁCE	43
12.1	Organizace výzkumu.....	43
13	KAZUISTIKA 1	44
13.1	Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb.....	57
14	KAZUISTIKA 2	63
14.1	Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb.....	81
15	KAZUISTIKA 3	89
15.1	Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb.....	95
16	MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	103
	DISKUZE	107
	ZÁVĚR.....	109
	SEZNAM LITERATURY.....	110
	SEZNAM PŘÍLOH	116
	PŘÍLOHY	117
	Příloha A – UPDRS test	117
	Příloha B – Seznam léků, které pacient s PCH nesmí	120
	Příloha C - Doporučení pro operační řešení, lokální anestézii, narkóza u pacientů s Parkinsonovou nemocí	121
	Příloha D – MMSE test	122
	Příloha E – Dotazník WOQ 9	123

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Mapa ošetrovateľskej péče.....	103
---	-----

SEZNAM ZKRATEK

CNS.....	Centrální nervový systém
COMT.....	Inhibitory katechol-O- metyltransferázy
CT	Výpočetní tomografie
D.....	Dechová frekvence
DK.....	Dolní končetiny
E-gym.....	Elektrická tělocvična
EPDA.....	European Parkinson's disease association (Evropská asociace Parkinsonovy nemoci)
fMR.....	Funkční magnetická rezonance
GIT.....	Gastrointestinální trakt
HK.....	Horní končetiny
i. m.	Intramuskulární podání
inj.	Injekční podání
i. v.	Intravenózní podání
J- PEG.....	Jejunální perkutánní endoskopické gastrostomie
L-dopa.....	Levodopa
LHK	Levá horní končetina
MAO- A, B	Inhibitory monoaminoxidázy typu A, typu B
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
MMSE.....	Mini Mental State Exam Feedback (krátký test kognitivních funkcí)
MPTP.....	Metyl-fenyl-tetrahydro-pyramidin
MR	Magnetická rezonance

NJS..... Nasojejunální sonda

ON/ OFF Zapnutý/ vypnutý, stavy zlepšené hybnosti/ stavy zhoršené hybnosti

P Tepová frekvence

PEG Perkutánní endoskopická gastrostomie

PET Pozitronová emisní tomografie

PCH..... Parkinsonova choroba

PMK..... Permanentní močový katetr

PŽK..... Periferní žilní katetr

RTG Rentgenové záření

SPECT Jednofotová emisní tomografie

SpO2 Saturace arteriální krve kyslíkem

tbl. Tableta

TK Krevní tlak

TT..... Tělesná teplota

VAS Vizuální analogová škála bolesti

WOQ9..... Wearing-off questionnaire 9

UPDRS..... Unified Parkinson's Disease Rating Scale

UPSIT Smell Identification Test

ÚVOD

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění, vyznačuje se poruchou bazálních ganglií v mozku. Doposud není známá příčina vzniku této choroby. Jedním z hlavních rizikových faktorů onemocnění je věk, pohlaví, ale také genetický faktor nebo životní prostředí. Má mnoho motorických i nemotorických příznaků. Nemocný může být dlouho soběstačný, ale postupem času se příznaky zhoršují. Nemocný by měl být pod dohledem neurologa. Nutná je aktivace, nácvik sebepečce, péče o psychiku a medikace.

Bakalářskou práci na toto téma jsem si vybrala proto, že jsem se s touto chorobou setkala při odborné praxi na střední škole. Tato choroba mě velice zajímá, chtěla bych se s ní seznámit co nejvíce, své poznatky a postřehy používat nejen ve svém budoucím sesterském povolání. Ráda bych je předala rodinám a blízkým přátelům lidí postižených touto chorobou. Dále bych chtěla o získané informace obohatit zdravotnický personál. Myslím, že řada lidí (laiků) si pod pojmem „parkinsonik“ představí zvláště vypadajícího a neustále se třesoucího člověka. Ostatní obtíže, kterými pacient trpí, nejsou pro veřejnost příliš známé nebo je vědomě přehlíží, z čehož vyplývá nevhodné chování. Například nepříjemné pohledy (zírání) nebo nemístné poznámky, například při mimovolných pohybech si člověka trpícího Parkinsonovou chorobou mohou splést s člověkem opilým či pod vlivem psychotropních látek nebo pacientem trpícím mentálním postižením. Věřím, že výsledky naší práce mohou být užitečné pro zdravotníky v jejich každodenní péči o nemocné a jejich rodinu a blízké.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bude zmapovat problémy pacientů v ošetrovatelské péči a jak tyto problémy může setra pozitivně ovlivnit, získaná data zpracovat a následně vytvořit doporučení pro všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o pacienta s Parkinsonovou chorobou.

V teoretické části budeme psát o historii, etiologii, klinických příznacích, psychologických problémech, diagnostice, léčbě a jejich nežádoucích účincích, fázích onemocnění a ošetrovatelské péči v domácím a nemocničním prostředí.

V praktické části budeme vytvářet ošetrovatelský plán péče na podkladě kazuistiky a rozhovoru s pacientem. Výstupem do praxe bude mapa ošetrovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou pro všeobecné sestry a ošetrovatelský personál.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE

Poprvé o této nemoci (do té doby zřejmě neznámé a velmi vzácné) napsal v roce 1817 James Parkinson ve své knize jménem „An Essay on the Shaking Palsy“. Velmi brzy po zveřejnění jeho knihy byl výskyt a popis nemoci potvrzen dalšími lékaři. Chvilí poté dostala nemoc pojmenování po svém objeviteli. Doposud není zcela jasné, zda se Parkinsonova choroba vyskytovala již před rokem 1817. Ale některé Galenovy zprávy a zápisky Leonarda da Vinci i údaje ve staroindických eposech popisují některé projevy nemoci. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

O první léčebný pokus ovlivnit příznaky Parkinsonovy choroby se úspěšně pokusil Ordenstein v roce 1867 a to za pomoci přípravku rostlinného původu, a tím je betadona. Dlouho poté v roce 1911 vyrobil chemik Funk látku zvanou levodopa, která je základním stavebním kamenem pro syntézu dopaminu. V té době nebyla samozřejmě známá souvislost mezi dopaminem a Parkinsonovou chorobou. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

V roce 1913 našel Lewy v mozcích zemřelých pacientů na Parkinsonovu chorobu typická tělíčka mikroskopických rozměrů, která se u zdravých osob prakticky nevyskytují. Tato tělíčka byla nazvána Lewyho tělíčka. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

Posléze v roce 1919 Tretjakov jako první popsal poškození jader středního mozku v mozcích zemřelých pacientů na PCH, tento náález ukázal na možnou souvislost mezi PCH a těmito jádry. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

První lék vyrobený synteticky chemickými postupy byl na trh uveden v roce 1946, tento lék zvaný biperiden byl schopen především snížit třes. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

V roce 1958 byla provedena první operace a také farmakolog a biochemik Carlsson zjistil, že látka dopamin se vyskytuje ve velkém množství v bazálních gangliích. Na podkladě jeho práce se podařilo v roce 1960 Ehringerovi a Hornykiewiczovi prokázat, že PCH je způsobena nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích. V návaznosti na tento zásadní objev se Birkmayer a Barneau v roce 1961 pokusili léčebně ovlivnit nemoc podáním L-dopa. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

Zpočátku velmi skeptický postoj lékařské veřejnosti se během několika let změnil v obrovské nadšení. Objev přinesl radikální změnu v pohledu nejen na léčbu, ale i výrazně ovlivnil obecný výzkum a představy o funkcích mozku. Řadu let byla léčba využívána s velmi dobrým efektem, ovšem po letech zkušeností se ukázaly nevýhody léčby v podobě vedlejších účinků. (Berger, 2000, s. 7.; Roth., 1999, s. 12.)

Následovným výzkumem došlo k objevení i jiných látek, které ovlivňovaly příznaky nemoci a výsledkem tohoto objevu byla kombinace L-dopy a těchto preparátů, čímž se potlačily vedlejší účinky a zachoval se příznivý efekt léčby. I přes možnosti léčby samostatnými látkami, které fungují jako antagonisté na dopaminové receptory, díky své účinnosti zůstaly kombinované L-dopa preparáty na prvním místě v žebříčku možností léčby. Dnešní výzkum jak léčebných postupů, tak mechanismu vzniku PCH, jde poměrně kupředu a díky tomuto lze nemoc poměrně úspěšně léčit. Lze jen doufat, že věda a výzkum půjdou dále vpřed a nemoc se stane z léčitelné vyléčitelnou. (Berger., 2000, s. 7. a Roth., 1999, s. 12.)

2 ZÁKLADNÍ INFORMACE

Parkinsonova choroba je chronické pomalu se zhoršující neurodegenerativní onemocnění. Příčiny této nemoci doposud nejsou známe. Neurodegenerace znamená postupné spotřebování a zánik nervových buněk. Tento zánik buněk v současné době nedokážeme zastavit, ani přesvědčivě zpomalit. Nejvýraznější patologický nález a zároveň příčina hlavních motorických buněk je ztráta nervových buněk v jádru mozkového kmene ve středním mozku, který se nazývá substantia nigra s následným nedostatkem neuropřenašeče dopaminu v mozku. (Bonnet, 2012, s. 13; Dušek, 2013, s. 8)

V pokročilých stádiích dochází k postupnému zániku nervových buněk i v dalších mozkových jádrech, šedé kůře mozkové, a dokonce i v míše a periferních nervech. Rozvíjí se nedostatek celé řady dalších neuropřenašečů a díky tomu dochází k poruchám funkce řady mozkových oblastí. Kvůli tomu vzniká řada motorických a non-motorických příznaků. (Bonnet, 2012, s. 13; Dušek, 2013, s. 8)

V současné době, i když choroba není vyléčitelná, máme k dispozici účinnou léčbu, která potlačuje příznaky, zlepšuje kvalitu života, a dokonce prodlužuje život nemocných. Dlouhodobá léčba může u některých pacientů vyvolat závažné nežádoucí účinky, jako jsou např. mimovolní pohyby, zvýšená denní spavost a zrakové halucinace. Průběh nemoci nemůžeme předpovědět a také částečně závisí na psychickém stavu pacienta a podpoře okolí. (Bonnet, 2012, s. 13; Dušek, 2013, s. 8)

2.1 Výskyt nemoci

Parkinsonova choroba je druhé nejčastější neurodegenerativní onemocnění. Na prvním místě stále zůstává Alzheimerova choroba. Hlavním rizikovým faktorem Parkinsonovy choroby je věk. Většina postižených pocítí první příznaky mezi 50. až 65. rokem života, ale existují dřívější případy, kolem 40. roku života a také pozdější případy po 75. roku života. Vzácně se onemocnění může vyskytnout již před 20 rokem života. Většinou touto chorobou trpí muži. (Bonnet, 2012, s. 14; Dušek, 2013, s. 9)

2.2 Jak a proč nemoc vzniká

Mechanismus vzniku není zcela jasný, ale nejspíše se jedná o skupinu více onemocnění, které mají rozdílnou příčinu, ale společný důsledek, kterým je zánik nervových buněk v substantia nigra produkující dopamin. Bylo zjištěno několik rizikových faktorů, jejichž význam v rozvoji nemoci není zcela jasný. Mezi faktory zvyšující riziko vzniku onemocnění

patří vysoký věk, mužské pohlaví, pití studniční vody, práce v zemědělství a kontakt s pesticidy a herbicidy. Mezi faktory snižující riziko vzniku onemocnění patří kuřáctví, pití černé kávy a dlouhodobé užívání nesteroidních protizánětlivých léčiv. (Bonnet, 2012, s. 15; Dušek, 2013, s. 9)

2.3 Dědičné faktory

Vyšší riziko tohoto onemocnění mají lidé, kteří měli výskyt tohoto onemocnění v rodině. Rodinný výskyt je většinou způsoben dědičností a působením stejných rizikových faktorů v prostředí, ve kterém se nacházejí. Vznik onemocnění před 40. rokem života je pravděpodobně způsoben genetickými faktory. U nemocných se vznikem onemocnění po 50. roce věku je riziko genetického faktoru velmi malé, což znamená, že riziko pro příbuzné není vyšší než ve zdravé populaci. (Bonnet, 2012, s. 16; Dušek, 2013, s. 10)

2.4 Vlivy prostředí

Parkinsonova choroba může vzniknout i na toxickém podkladě. Nejznámější neurotoxickou látkou je MPTP, tedy metyl-fenyl-tetrahydro-pyrimidin, který vzniká špatným postupem při výrobě syntetického opiátu. MPTP poškozuje nervové buňky produkující dopamin. Tento objev vedl k pátrání po dalších podobných látkách vyskytujících se v prostředí. (Bonnet, 2012, s. 17)

Mezi další látky vyskytující se v prostředí patří paraquat a rotenon, které se vyskytují ve skupině herbicidů a pesticidů. Lidé, kteří pracují v zemědělství a dlouhodobě se vystavují těmto látkám, mají vyšší riziko vzniku rozvoje Parkinsonovy choroby. (Bonnet, 2012, s. 17)

U velké většiny pacientů trpících Parkinsonovou chorobou je příčina vzniku dále nejasná. (Bonnet, 2012, s. 17)

V současnosti lze shrnout, že geneticky predisponované osoby mohou být více citlivé vůči toxinům, které vyvolávají nebo urychlují degenerativní změny v mozku.

Další faktory, které mohou hrát roli v rozvoji onemocnění, může být pití čaje z byliny čeledi Annonaceae, která má toxické účinky. Také některé kovy (jako např. mangan) mohou ve vzniku onemocnění hrát roli. (Bonnet, 2012, s. 17)

3 FÁZE ONEMOCNĚNÍ

Parkinsonova choroba je onemocnění s progradujícím, invalidujícím a pomalým vývojem. V průběhu onemocnění pacient prochází čtyřmi vývojovými fázemi. Délka a projevy těchto fází jsou individuální, probíhají v jiných časových úsecích a příznaky se mohou kombinovat.

3.1 První fáze

První fáze zahrnuje první příznaky, oznámení diagnózy lékařem a první roky s nemocí. Diagnóza se dá určit až s prvními motorickými příznaky. Adaptační fáze, jak se jí říká, je velmi intenzivní z emočního hlediska. Nemocný bývá hodně unavený, snižuje se mu pracovní výkon. Bývá hodně zpomalený, když onemocní běžnou nemocí, dlouho mu trvá, než se vyléčí. Pacient může špatně chodit, zakopává, má pocit ztuhlých nohou. Můžou se objevit i bolesti v ramenou nebo rukách a má v nich pocit tuhnutí. Může se mu špatně psát nebo má potíže se zapínáním knoflíků. (Bonnet, 2012, s. 21; Parkinson-help: Fáze nemoci)

3.2 Druhá fáze

Druhé fázi se přezdívá „líbánky,“ jelikož připomíná klid před bouří. Díky léčbě se život vrací do normálních kolejí, kdy není omezen běžný život, aktivity ani pracovní činnost. V této fázi se pacient vyrovnává s onemocněním, postupně o ní informuje a seznamuje svoji rodinu, přátele a v zaměstnání. (Bonnet, 2012, s. 21; Parkinson-help: Fáze nemoci)

3.3 Třetí fáze

Během třetí fáze dochází k výkyvům účinků léků. Začínají se objevovat typické motorické příznaky a je narušena celková rovnováha. Nemoc získává navrch a komplikuje běžný každodenní život. (Bonnet, 2012, s. 21; Parkinson-help: Fáze nemoci)

3.4 Čtvrtá fáze

Nemoc zabírá veškeré místo v životě pacienta, proto se jí přezdívá fáze útoku. Nastupují poruchy, které mají vliv na každodenní život nemocného a jeho okolí, omezují soběstačnost pacienta a díky tomu roste závislost na druhých. Nejhoršími komplikacemi jsou stabilita stoje a obtížná chůze nebo psychické komplikace. (Bonnet, 2012, s. 21.; Parkinson-help: Fáze nemoci)

4 KLINICKÉ PŘÍZNAKY

První obtíže bývají většinou necharakteristické, jako bolest ramen a zad, tíže končetin, ztráta výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost hlasu, zhoršení písma, deprese. Až když se objeví typické motorické příznaky, jde určit diagnózu. Objevují se různé motorické a non-motorické příznaky. (Roth, 2009, s. 25)

4.1 Motorické příznaky

4.1.1 Třes

Třes neboli tremor je klasický, nejznámější a nejčastější příznak Parkinsonovy choroby. Třes bývá obvykle špatně snášen. Ne každý třes však znamená, že pacient trpí Parkinsonovou chorobou. Může být nespecifickým příznakem jiných onemocnění. U určitého procenta pacientů s Parkinsonovou chorobou se třes nemusí projevit vůbec. (Roth, 2009, s. 25-26)

Typický třes pro Parkinsonovu chorobu má několik základních vlastností. Nejčastěji se objevuje na končetinách. Třes hlavy je velmi vzácný, ale může se objevit třes brady. (Roth, 2009, s. 25-26)

Obvykle třes začíná na jedné straně horní končetiny a většinou od prstů. V průběhu nemoci se přesouvá na stejnostrannou dolní končetinu, poté i na druhou polovinu těla. Frekvence bývá pomalá a většinou se objevuje v klidové fázi, kdy jsou končetiny v nečinné poloze. V pokročilých fázích onemocnění se může objevit i v době pohybu. (Roth, 2009, s. 25-26)

4.1.2 Svalová ztuhlost

Svalová ztuhlost neboli rigidita se projevuje abnormálním zvýšením normálního svalového napětí. Toto svalové napětí potřebujeme k udržení vzpřímeného postoje a k pohybu. Ztuhlý sval klade odpor k pohybu. Pacienti tento odpor pohybu popisují jako chůzi v hluboké vodě. Tento příznak začíná na jedné straně těla. (Roth, 2009, s. 27)

V časných stádiích vyvolává bolesti a nepříjemný pocit zvýšeného napětí v zádech a ramenou. Často vede k přetížení jiných svalů. Pacient většinou napadá na jednu končetinu a má pocit přežehného krku. (Roth, 2009, s. 27)

Tento příznak velice znesnadňuje pohyb a je těžko snášen. (Roth, 2009, s. 27)

4.1.3 Zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybu

Zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybu neboli bradykineze, akineze a hypokineze jsou závislé na míře svalové ztuhlosti. Většinou se tyto příznaky projevují ztrátou nebo snížením schopnosti začít pohyb. Omezeny bývají také automatické pohyby. (Roth, 2009, s. 28)

Spontánnost pohybů bývá zpomalená a nevýrazná. Hodně patrné to bývá na mimice obličeje při mrkání, řeči a psaní. Pacienti těžce snášejí potíže s rozcházením, kdy přešlapují na místě a nemohou vyrazit. (Roth, 2009, s. 28)

Freezing neboli zamrznutí, kdy pacient strne uprostřed pohybu, bývá špatně snášen. Freezing bývá často ve spánku, kdy se pacienti nemohou otočit ze strany na stranu a budí kvůli tomu své partnery. (Roth, 2009, s. 28)

Pacienti mívají problém s celkovým pohybem, kdy mají problém s oblékáním, vázáním tkaniček, čistěním zubů a při jídle. (Roth, 2009, s. 28)

4.1.4 Poruchy stoje a chůze

Tyto příznaky jsou nedílnou součástí onemocnění a komplikují pacientům život. Charakteristické pro ně je především sehnuté držení trupu, šije a pokrčení končetin. V pokročilých stádiích nemoci je typická chůze s drobnými, nejistými, pomalými a šouravými krůčky, které mohou vést až k pádu. Chůze po schodech nahoru a dolů nečiní takové problémy jako chůze po rovině. (Roth, 2009, s. 29)

4.2 Non-motorické příznaky

4.2.1 Nadměrné slinění

Nadměrné slinění se vyskytuje u malé části pacientů. Mírné slinění se objevuje v noci nebo při jídle, v horších případech se objevuje kdykoliv během dne. Při nadměrném slinění může dojít k vážným komplikacím jako je aspirace. Aby se posílily spontánní polykací pohyby, doporučuje se žvýkat žvýkačky nebo cucat tvrdý bonbon, to by mohlo pomoci ke snížení slinění. (Rusová, 2016, s. 6)

Při přetrvání nadměrného slinění se používá farmakologická léčba, kdy se podávají anticholinergika. (Rusová, 2016, s. 6)

4.2.2 Porucha čichu a chuti

Porucha čichu a chuti se vyskytuje u převážné většiny pacientů. Tyto obtíže se vyvíjí postupně, a proto může být obtížné tyto poruchy rozpoznat. V některých případech porucha

čichu předchází motorickým příznakům. U pacientů se provádí screeningové vyšetření. Používají se dvě základní metody vyšetření. Jako první se provádí test stylem „poškrábej a čichni“, který má zkratku UPSIT. U tohoto testu pacient vybírá ze čtyř možností. Druhý test se nazývá Sniffin sticks, což jsou fixy napuštěné různými vůněmi. (Rusová, 2016, s. 7)

V současné době na tyto poruchy není žádná léčba. (Rusová, 2016, s. 7)

4.2.3 Poruchy polykání

Poruchy polykání se vyskytují u poloviny pacientů. V časných fázích onemocnění se vyskytují mírnější formy poruch polykání. Postupem času se fáze onemocnění zhoršuje a s ním i poruchy polykání. Pacient obtížně polyká jídlo, tekutiny a také léky. Tato porucha má spoustu komplikací, mezi které patří podvýživa, aspirační pneumonie nebo dávení. (Rusová, 2016, s. 8)

Pacientovi se doporučuje, aby nejedl suché a tvrdé potraviny a dodržoval správné návyky stolování. Pacienti s poruchou polykání podstoupí logopedické vyšetření a nácvik polykání. U těžké poruchy se doporučuje zavést PEG. (Rusová, 2016, s. 8)

4.2.4 Nausea a zvracení

Nausea a zvracení je většinou vedlejší účinek nově nasazené dopaminergní nebo jiné léčby. Postupem času tyto příznaky vymizí. Pokud jsou příznaky mírné, není zapotřebí žádná léčba. (Rusová, 2016, s. 9)

Jako léčba nauzey a zvracení se podává domperidon, který snižuje účinky dopaminu. (Rusová, 2016, s. 9)

4.2.5 Zácpa

Zácpa je jeden z nejběžnějších non-motorických komplikací Parkinsonovy choroby. Zácpa je definována jako ztížené vyprazdňování nebo stolice méně než 3x týdně. Zácpa většinou předchází motorickým příznakům. Je-li zácpa těžká, neměla by být opomíjena, jelikož přináší do každodenního života stres, poruchy střevní pasáže, zauzlení nebo perforaci střev. (Rusová, 2016, s. 10-11)

Při zácpě se doporučuje zvýšená fyzická aktivita, dietní opatření, dostatečná hydratace a dostatečný přísun vlákniny. Při léčbě zácpy se používá také farmakologická léčba. Nejčastěji se využívají přípravky zvyšující objem stolice, změkčovače stolice nebo laxativa. Existují přírodní laxativa ve formě čaje nebo tabletek. (Rusová, 2016, s. 10-11)

4.2.6 Inkontinence stolice

Inkontinence stolice se moc nevyskytuje. Je definována jako samovolný odchod stolice. Jedná se o vzácný non-motorický příznak onemocnění. (Rusová, 2016, s. 12)

Při inkontinenci stolice se používají inkontinenční pomůcky, nebo se podává dopaminergní léčba. (Rusová, 2016, s. 12)

4.2.7 Poruchy močení

Poruchy močení se vyskytují u poloviny pacientů. Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají pestrou škálu příznaků poruch močového měchýře. Nejčastější jsou nykturie, imperativní mikce, polakisurie a inkontinence. V časném stádiu onemocnění se objevují mírné potíže s močením. V pokročilých stádiích onemocnění se objevuje inkontinence. Při poruchách močení je vhodné udělat urodynamické vyšetření. (Rusová, 2016, s. 13-14)

Na poruchy močení se doporučuje omezit příjem kávy a pití tekutin před spaním. Při farmakologické léčbě se používá anticholinergika nebo desmopressin, což je nosní sprej, který snižuje produkci moči. (Rusová, 2016, s. 13-14)

4.2.8 Bolest

Bolest se vyskytuje přibližně u poloviny pacientů. Vyskytuje se převážně jako ztuhlost, křeče, spazmy nebo svalové bolesti, které začínají obvykle na hlavě, krku a zádech. Mohou se vyskytnout jako primární tak sekundární bolesti. Primární bolesti nastupují většinou v off stavech, kdy už končí účinek dopaminergní léčby. Pacienti s Parkinsonovou chorobou mají obvykle snížený práh bolesti. (Rusová, 2016, s. 15)

Proti bolesti se doporučuje protahování, masáže, teplé koupele, volně prodejná analgetika a také se zvyšuje dávka dopaminergních léků. (Rusová, 2016, s. 15)

4.2.9 Změna hmotnosti

U většiny neurodegenerativních onemocnění dochází k poklesu hmotnosti. Při Parkinsonově chorobě se setkáváme s úbytkem tukové tkáně, kvůli níž dochází k úbytku hmotnosti. K poklesu hmotnosti mohou přispívat také nežádoucí účinky léčiv, které mohou být nauzea a zvracení, poruchy polykání, poruchy čichu a chuti nebo mimovolní pohyby. Nežádoucí účinek léčby může být také přejídání a s tím je spojeno přibývání na váze. S přibýváním na váze se ale moc neseťkáváme. (Rusová, 2016, s. 16)

Doporučuje se úprava dopaminergních léků a nutriční podpora. (Rusová, 2016, s. 16)

4.2.10 Poruchy kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí se vyskytují u většiny pacientů. V počátečních stádiích onemocnění se objevuje pokles skóre v neuropsychiatrickém testu, hlavně v oblasti mentální flexibility a exekutivních funkcí. V pozdních stádiích onemocnění se objevuje demence. (Rusová, 2016, s. 17-18)

Mezi příznaky kognitivních funkcí se řadí zpomalení myšlenkových procesů, poruchy paměti, poruchy pozornosti, percepční nebo prostorové dysfunkce zraku, porucha plánování a jiné. (Rusová, 2016, s. 17-18)

Poruchy kognitivních funkcí se diagnostikují pomocí různých testů nebo otázek, jako např. jestli pacient dokáže brát samostatně léky, používat mobil nebo řídit vlastní finance. Mezi testy, které se používají, patří např. Mini mental status examination. (Rusová, 2016, s. 17-18)

Doporučuje se pravidelné kognitivní cvičení a zdravá strava. Vždy se ujistíme, že pacient nebere žádné léky vyvolávající kognitivní poruchy. (Rusová, 2016, s. 17-18)

4.2.11 Halucinace

Nejčastější halucinace jsou zrakové, které se objevují skoro u poloviny pacientů. Obvykle nastupují až v pozdních stádiích onemocnění. Jen zřídka se u pacientů setkáváme s halucinacemi zvukovými, chuťovými, čichovými a taktními. Zrakové halucinace často vznikají při zhoršených světelných podmínkách nebo při usínání či probouzení. Zpočátku se objevují jenom iluze, např. skvrna na stěně připomínající hmyz, ale postupem času se zhoršují, jsou živější, nejsou závislé na prostředí a kvůli tomu mohou ohrožovat na životě. Ze začátku si pacient uvědomuje, že se jedná o halucinace a že to není skutečné, ale postupem času už nemusí být schopen rozeznat realitu od představ. (Rusová, 2016, s. 19-20)

Halucinace často bývají vedlejší účinek dopaminergní léčby, ale v pokročilém stádiu onemocnění mohou přicházet spontánně. Rizikovými faktory vyvolávající halucinace bývá porucha kognitivních funkcí, pokročilý věk a deprese. Ale také při infekci, dehydrataci nebo otravě se mohou vyskytovat halucinace. (Rusová, 2016, s. 19-20)

Při léčbě halucinací se nejdříve musí zjistit příčina. Následně se vysadí nebo sníží sedativa a dopaminergní léčba a podávají se antipsychotika. (Rusová, 2016, s. 19-20)

4.2.12 Deprese

Deprese se vyskytuje u téměř poloviny pacientů. Předcházejí motorickým příznakům. Deprese u Parkinsonovy choroby se liší od deprese běžné v populaci. Deprese u Parkinsonovy choroby se liší tím, že jsou méně vyjádřeny pocity smutku, menší plačtivostí, pocity viny a nízkou mírou sebevražd. Na druhou stranu převažuje apatie a úzkost. Diagnostika je velmi obtížná, jelikož se příznaky mohou překrývat s motorickými příznaky. Pro diagnostiku deprese se používá Beckova stupnice pro hodnocení deprese nebo Hamiltonova škála deprese. Při léčbě se používají agonisté dopaminu nebo antidepresiva. (Rusová, 2016, s. 21)

4.2.13 Apatie

Apatie je nedostatek zájmu, motivace a emocí. Pacienti ztrácejí zájem o budoucnost, nemají žádné cíle ani plány do budoucna. Léčba je velmi obtížná a jakákoliv doporučení nebo opatření jsou neúčinná, ale může se jako terapie použít dopaminergní léčba. (Rusová, 2016, s. 24)

4.2.14 Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce se vyskytuje u poloviny pacientů. Sexuální dysfunkce u pacientů trpících Parkinsonovou chorobou zahrnuje erektilní dysfunkci, neschopnost dosáhnout orgasmu, snížené libido a sníženou citlivost genitálií. Také se může vyvinout zvýšená sexuální apetence. Při léčbě této poruchy se používají inhibitory fosfodiesterázy, pro ženy se využívá hormonální substituční terapie. (Rusová, 2016, s. 25)

4.2.15 Ortostatická hypotenze

Ortostatická hypotenze je pozorována až u poloviny pacientů. Ortostatická hypotenze znamená pokles systolického krevního tlaku o více než 20 mmHg nebo diastolického tlaku o více než 10 mmHg po zvednutí z polohy vleže. Příznaky mohou být závratě, únava, bolest hlavy, bolest zátylku a ramen, zpomalení po vstávání nebo po velké porci jídla. U těžkých forem se mohou objevit pády a ztráta vědomí. Doporučuje se zvýšit příjem tekutin, zvýšit příjem soli, vyvarovat se velkým porcím jídla a používat kompresní punčochy. Kontroluje se antihypertenzní léčba. (Rusová, 2016, s. 26-27)

4.2.16 Nadměrná denní spavost

Nadměrná denní spavost se vyskytuje až u poloviny pacientů. Postižený pacient usíná u různých činností, např. při řízení. Pacienti si krátké spánky ani neuvědomují. Doporučuje se pravidelné cvičení, dostatečně prosvětlené prostředí a dodávat tělu kofein ve formě nápojů nebo tablet. (Rusová, 2016, s. 28-29)

4.2.17 Nespavost

Nespavost se vyskytuje u více než poloviny pacientů. Rozlišují se dva hlavní typy nespavosti. První typ jsou poruchy usínání a druhý typ je insomnie provázena neschopností udržet spánek. Nespavost bývá způsobena mnoha příčinami. Spánek do jisté míry ovlivňuje motorické příznaky. Nespavost může být jeden z vedlejších účinků dopaminergní léčby. Halucinace a bludy také narušují spánek. Doporučuje se spánková hygiena, která zahrnuje ulehát ke spánku ve stejnou dobu, užívání postele jenom ke spánku. Před zahájením farmakologické léčby se zhodnotí, zda není příčinou nespavosti medikace. (Rusová, 2016, s. 30-31)

4.2.18 Poruchy chování v REM spánku

Vyskytuje se u poloviny pacientů. Poruchy REM spánku se charakterizují absencí svalové atonie. Pacienti trpící poruchou chování v REM spánku „předvádějí“ své sny, mluví nebo křičí ze spaní nebo se pohybují. Během této poruchy se mohou pacienti zranit nebo mohou zranit svého partnera. Doporučuje se upravit postel, aby byla bezpečná, také se zvažuje vysazení léků, které mohou tuto poruchu vyvolat. Při farmakologické léčbě se používá např. Melatonin. (Rusová, 2016, s. 32-33)

4.2.19 Syndrom neklidných nohou

Syndrom neklidných nohou je nepříjemný pocit v dolních končetinách s neustálou potřebou s nimi hýbat. Většinou se tento příznak objevuje v klidu. Je důležité tento syndrom odlišit od jiných obtíží jako je bolest v off stavech. Doporučuje se doplňovat železo, podávat dopaminergní léčbu a podávat opioidy. (Rusová, 2016, s. 34-35)

4.2.20 Otoky nohou

Otoky nohou jsou dost časté, ale nejsou vážné. Obvykle jsou otoky nohou nežádoucí účinek dopaminergní léčby. Doporučuje se nošení kompresních punčoch a elevovat nohy při sezení, také se doporučuje snížit dávky dopaminergní léčby. (Rusová, 2016, s. 36)

4.2.21 Nadměrné pocení

Nadměrné pocení se vyskytuje přibližně u poloviny pacientů. Obvykle se nadměrné pocení objevuje na ploskách nohou, obličeji a dlaních, ale může postihnout i celé tělo. Farmakologická léčba nadměrného pocení je snížit dávky dopaminergní léčby nebo podávání injekce s botulotoxinem. (Rusová, 2016, s. 37)

4.2.22 Diplopie a poruchy zraku

Poruchy zraku bývají zastoupeny diplopií, poruchou vnímání barev, kontrastu a zrakově prostorovými defekty. Poruchy zraku mohou předcházet motorickým příznakům. Poruchy zraku významně ovlivňují řízení motorových vozidel. Doporučuje se zvýšit dávky dopaminergní léčby. (Rusová, 2016, s. 38)

4.2.23 Klamné představy a bludy

Klamné představy a bludy se vyskytují u malé části pacientů. Bludy jsou falešné představy, které nejsou založeny na skutečnosti. Pacienti mají paranoidní povahu s pocity pronásledování, žárlivosti a nevěry. Zrakové halucinace mohou vyvolat bludy. Doporučuje se vysadit sedativa, snížit dopaminergní léčbu a podávat antipsychotika. (Rusová, 2016, s. 39)

4.2.24 Poruchy kontroly impulzů

Poruchy kontroly impulzů se vyskytují u malé části pacientů. Vyznačují se selháním obrany proti různým impulzům. Mezi poruchy patří patologické hráčství, hypersexualita, přejídání, nadměrné nakupování, apod. Vždy se cíleně zaměřujeme na příznaky pacienta. Doporučuje se snížit nebo úplně vysadit agonisté dopaminu a podávají se antidepresiva. (Rusová, 2016, s. 40-41)

4.2.25 Poruchy řeči

Poruchy řeči se vyskytují u většiny pacientů. Objevuje se především ztišení hlasu, nedostatečná melodičnost, pomalá rychlost nebo zrychlené mluvení. Doporučuje se navštívit logopeda. Logopedická péče je dlouhodobá záležitost, je důležité, aby pacient byl motivovaný. (Zamišková, 2010, s. 116)

4.2.26 Poruchy písma

Porucha písma je typická svým zmenšováním písma. Porucha písma je velký problém především na úradě nebo v bance. (Roth, 2009, s. 30)

5 DIAGNOSTIKA

Diagnózu stanovujeme na základě přítomnosti alespoň dvou ze čtyř základních motorických příznaků. Přítomnost třesu ještě nemusí znamenat, že pacient trpí Parkinsonovu chorobu. (Seidl, 2015, s. 282-283)

Diagnostika Parkinsonovy choroby je založena na anamnéze a klinickém neurologickém vyšetření. (Roth, 2009, s. 11) Během neurologického vyšetření se lékař zaměří na prokázání typických parkinsonských příznaků, což jsou zpomalení pohybu, třes, svalová ztuhlost, poruchy držení těla a stability stoje a chůze. Při vyšetření je nutné pacienta pozorovat v pohybu i v klidu. (Mlčoch, 2008)

Poslední diagnostický test PCH bývá nasazení dopaminergní léčby, tedy levodopový nebo apomorfinový test. Právě dobrá odpověď na dopaminergní léčbu je známkou Parkinsonovy choroby. (Dušek, 2013, s. 18-19) CT nebo MR nepatří mezi základní vyšetření, většinou se používají v nejasnosti v diagnóze nebo k vyloučení sekundárních příčin PCH. PET, SPECT a fMR jsou zobrazovací metody, které mohou prokázat chorobné změny. (Preiss, 2006, s. 257; Bareš, 2001, s. 22-24)

Největší potíž v diagnostice PCH je odlišit typické motorické příznaky od jiných příznaků, které jsou např. esenciální třes nebo Binswangerova nemoc. (Bareš, 2001, s. 22-24)

Laboratorní vyšetření slouží jako pomocné vyšetření v diagnostice Parkinsonovy choroby. V laboratorním vyšetření se vyšetřuje krevní obraz, hormony štítné žlázy (T3, T4, TSH), jaterní enzymy, stanovení ceruloplasminu v séru, měď v moči a séru, sérová hladina kalcia a parathormonu a vyšetření mozkomíšního moku. Nutné je provedení genetického vyšetření k vyloučení Huntingtonovy nebo Wilsonovy nemoci. (Bareš, 2001, s. 22-24)

V diagnostice PCH se využívá řada hodnotících stupnic. Nejčastěji využívaná se nazývá Unified Parkinson's disease rating scale (UPDRS). UPDRS je rozdělena do několika oddílů, které hodnotí osobnost a chování pacienta, denní činnosti, motoriku a komplikace léčby. Další využívané stupnice jsou Websterova stupnice, škála všedních denních činností podle Schwaba a Englanda nebo stupnice podle Hoehnové a Yahra. (Bareš, 2001, s. 22-24) Hodnotící stupnice podle Hoehnové a Yahra se používají ještě před zahájení dopaminergní léčby. Tato stupnice je dobré vodítko pro určení závažnosti Parkinsonovy choroby. (EPDA, 2012, 3, s. 12-13) K diagnostice pozdních motorických příznaků se používá dotazník zvaný

Wearing-off questionnaire 9 (WOQ9), tento dotazník obsahuje devět jednoduchých otázek na hybnost, stavy nálad, bolesti apod. Dotazník WOQ9 je jednoduchý a pacient na otázky může odpovědět bez lékaře.

Dále pomáhá, když si pacienti píšou deník, kam pacient nebo rodinný příslušník či ošetřovatel zaznamenává aktuální stav hybnosti v každou denní hodinu, časové podávání dopaminergní léčby, stavy on a off a spánek.

Vzájemná důvěra s pacientem a spolupráce s jeho rodinou významně pomáhá v diagnostice pozdních motorických příznaků. (Bareš, 2011, s. 272-274)

Při diagnostice se nejdříve musí vyloučit akutní záležitosti, např.: nádor. Pro velké množství i různých příznaků hledáme u mladých lidí a u lidí ve středním věku nějaký společný příznak. U mladých lidí bývá nejčastější neurologická diagnóza Parkinsonova choroba nebo roztroušená skleróza. U starých lidí se Parkinsonova choroba přidává k civilizačním nemocem. Starší lidé trpí spoustou civilizačních nemocí například cévní mozkovou příhodou, poruchami páteře, depresí, poruchami paměti, poruchami sluchu a zraku nebo diabetem. Není jednoduché se rozhodnout, co jsou příznaky stáří a co příznaky Parkinsonovy choroby. (Čapková, 2010, s. 14)

Při užívání antipsychotik se mohou objevit motorické příznaky z důvodu blokování dopaminergních receptorů. (Vlček, 2014, s. 162)

Sestra zpracovává anamnézu, která je důležitá pro první fázi ošetřovatelského procesu. Náplní práce sestry je získávání subjektivních údajů prostřednictvím komunikace s pacientem a objektivních příznaků prostřednictvím systematického pozorování pacientů s PCH. (Slezáková, 2014, s. 85)

6 LÉČBA

Nedílnou součástí léčby je spolupráce, která je důležitá v režimových opatřeních, přesněji v rehabilitaci. Dosud není znám léčebný postup, který by dokázal Parkinsonovu chorobu vyléčit. (Roth, 2009, s. 43) Existují možnosti, kterými lze dlouhodobě a účinně potlačovat příznaky. (Parkinson-help: Léky a operace) Hlavní způsob léčby je podávání farmakologické léčby ke zvýšení hladiny dopaminu. (Seidl, 2015, s. 285) Hlavní cíl léčby je zlepšit kvalitu života pacienta a co nejdéle udržet jeho soběstačnost. (Vlček, 2014, s. 162) Terapie PCH vyžaduje holistický přístup zaměřený na pacienta. Vyžaduje rozsáhlé posouzení a multidisciplinární metody. (EPDA, 2011, 2, s. 11)

6.1 Farmakoterapie

6.1.1 Levodopa

„Levodopa“ resp. látka, kterou v mozku produkuje především jedno z jader mozku, které se nazývá substantia nigra. Jeho funkci si lze představit jako „zdroj energie“ pro velice komplikovaný systém v tzv. hluboké mozkové šedi.“ (Mach, 2016, s. 6) Levodopa se stala základním lékem Parkinsonovy choroby. (Roth, 2009, s. 46) Při dlouhodobém užívání levodopy se snižuje její účinnost a objevují se motorické příznaky. (Růžička, 2009, s. 487-490) Je to lék první volby v časném stádiu. Podávání levodopy vyvolává určité vedlejší účinky, kolísání krevního tlaku, srdeční arytmie, nauzea a zvracení. Nauzea a zvracení se objevují především na začátku léčby a při neadekvátním dávkování. Kontraindikace levodopy je glaukom s úzkým úhlem. (Růžička, 2009, s. 487-490) Léky je nutné užívat 30 až 45 minut před jídlem nebo 45 až 60 minut po jídle. Pokud pacient levodopu špatně snáší nalačno, doporučuje se zajíst lék kouskem chleba nebo piškoty. V době užívání levodopy by se měl omezit příjem bílkovin. Větší množství bílkovin v žaludku ovlivňuje vstřebávání léků do krevního oběhu. (Roth, 2009, s. 132)

Doporučuje se omezit denní příjem, ale na večer si dát vysoce bílkovinné jídlo, aby byl nahrazen denní nedostatek. (Roth, 2009, s. 132) Při vedlejších účincích levodopy se doporučuje zapít ledovou vodou, popřípadě se může do vody přidat cukr. Sladká voda zklidňuje žaludek. (Dostál, 2010, s. 17) Existují bohužel případy tzv. wearing-off, kdy léčivá látka L-dopa účinkuje z původních 6 hodin pouze 3 hodiny. (Elekarnice.cz, 2008)

Existuje seznam léků, které pacient s Parkinsonovou chorobou nesmí užívat.

6.1.2 Agonisté dopaminu

Mezi látky, které nahrazují dopamin, patří také agonisté dopaminu. Hlavní využití je až v pokročilejších stádiích onemocnění, kdy dochází ke kolísání stavů hybnosti. Podávání v časném stádiu léčby oddaluje léčba levodopou. (Roth, 2009, s. 51) Stejně jako levodopa mají i agonisté dopaminu své vedlejší účinky, mezi které patří nauzea a zvracení, srdeční arytmie a kolísání krevního tlaku. Při užívání agonistů dopaminu vzniká riziko fibrotických komplikací a psychotických projevů. (Růžička, 2009, s. 487-490) Agonisté dopaminu vyvolávají otoky nohou, zvýšenou denní spavost a náhlé usnutí při různých činnostech. Z tohoto důvodu se nedoporučuje řízení motorových vozidel. (Růžička, 2009, s. 487-490)

6.1.3 Inhibitory COMT

Inhibitory katechol-O-metytransferázy (COMT) brzdí odbourávání levodopy a prodlužují účinek jednotlivých látek a zvyšují dostupnost pro mozek. Prodlužuje se doba strávená v průběhu dne v dobrém stavu hybnosti. Inhibitory COMT zvyšují nežádoucí účinky levodopy. (Růžička, 2009, s. 487-490)

6.1.4 Inhibitory MAO-B

Inhibitory monoaminoxidázy typu B, jejichž hlavní preparáty jsou selegilin a rasaglin, brzdí odbourávání levodopy a dopaminu. Inhibitory MAO-B zvyšují psychické projevy a zvyšují riziko kardiálních příhod. Kontraindikace mají s antidepresivy. (Růžička, 2009, s. 487-490)

6.1.5 Anticholinergika

Anticholinergika se podávají jenom výjimečně kvůli spoustě vedlejších účinků. U pacientů s Parkinsonovou chorobou převažuje acetylcholin nad dopaminem. Z tohoto důvodu se podávají anticholinergika, která obnoví rovnováhu a dojde ke snížení příznaků. (Parkinsonhelp) Vedlejší účinky jsou poruchy zraku, zažívací obtíže, retence moči, vazodilatace a tachykardie, poruchy paměti, zmatenost a psychotické projevy. Nedoporučuje se podávat anticholinergika osobám starším 60 let. (Růžička, 2009, s. 487-490)

6.1.6 Amantadin

Amantadin byl původně vyvinut jako protichřipkový preparát. Amantadin má symptomatický efekt na příznaky Parkinsonovy choroby v časných stádiích rozvoje onemocnění. Jeho vedlejší účinky mohou být sucho v ústech, rozmazané vidění nebo otoky končetin, jinak je dobře snášen. (Dušek, 2006, s. 384; Roth, 2009, s. 54-55)

6.1.7 Botulotoxin

Léčba botulotoxinem je velmi populární. Aplikuje se přímo do postižených svalů, kdy je aplikace nebolestivá, pomocí malých jehliček. Botulotoxin uvolňuje svalové napětí. Nutná je opakovaná aplikace. (Trutnov, nemocnice) Používá se při léčbě třesu, dyskinezi nebo při léčbě blefarospasmu, kdy u pacientů dochází k výrazné úlevě. (Kaňovský, 2001, s. 42-46; Vilímovský, 2019)

6.2 Farmakoterapie vedlejších účinků

6.2.1 Domperidon

Domperidon se užívá ke zlepšení činnosti žaludku a střev. Zároveň se užívají při užívání levodopy a agonistů dopaminu, kvůli vedlejším účinkům. (Parkinson-help: Léky)

6.2.2 Antidepresiva

Pacienti uvádějí, že po užití antidepresiv mají pocity „projasnění“. Mají chuť bojovat s nemocí a nový elán do života. (Parkinson-help: Léky)

6.2.3 Anxiolitika a sedativa

Anxiolitika a sedativa zklidňují a tlumí úzkost a strach. (Parkinson-help: Léky)

6.3 Chirurgická léčba

6.3.1 Pallidotomie

Dříve se využívala pallidotomie u poruch souhry pohybů. Při pallidotomii se zničí nervové tkáně, které jsou nadměrně aktivní. (Rektor, 2006, s. 340-346; Parkinsonovachoroba.cz)

6.3.2 Hluboká mozková stimulace

Hluboká mozková stimulace je neuromodulační terapie. (Baláž, 2013, s. 229-231; Roth, 2009, s. 74) Neindikuje se, pokud nejsou vyčerpány všechny možnosti farmakologické léčby. (Baláž, 2013, s. 229-231) Hluboká mozková stimulace ovlivňuje chorobně změněné funkce mozku působením elektrických impulzů z elektrod zavedených do center pro řízení hybnosti. Indikuje se u pacientů v pokročilých stádiích onemocnění, při těžkých stavech hybnosti a mimovolných pohybech, když pacient není schopen vykonávat běžné denní činnosti. Kvůli vysokému riziku komplikací a nejistému účinku se neprovádí u starších osob a nemocných s poruchami poznávacích funkcí, paměti, myšlení a akutní depresi. (Parkinson-help: Hluboká mozková stimulace) Pacienti musí být fyzicky a psychicky schopni tolerovat všechny aspekty operace a pooperační péče, která může trvat i několik týdnů nebo měsíců.

(Baláž, 2013, s. 229-231) Kontraindikace hluboké mozkové stimulace jsou, když pacient nereaguje na lékovou terapii levodopy, demence, deprese, narušené poznávací funkce a jiná závažná onemocnění, která znemožňují narkózu. (Baláž, 2013, s. 229-231; Parkinson-help: Hluboká mozková stimulace) Tato metoda přináší dlouhodobou úlevu zpomalení, ztuhlosti, stresu, omezení a mimovolných pohybů. Bohužel i tato metoda má vedlejší účinky, snížená citlivost nebo abnormální kontrakce svalů. Součástí pooperační péče je snižování dopaminergní léčby. (Baláž, 2013 s. 229-231; Roth, 2009, s. 74)

6.3.3 Pumpa duodopa

Pumpa duodopa je léčba obsahující levodopu ve formě gelu, který je podáván do tenkého střeva pomocí pumpy. Používá se v pokročilých stádiích na léčbu motorických příznaků. Výhodou této metody je, že může být na zkoušku přes NJS. Kdy se přes NJS podává levodopa. Dojde-li ke zlepšení příznaků, zavede se J-PEG. Přes břišní stěnu se zavede dvoucestná hadička do tenkého střeva, pumpa zůstává mimo tělo. Při podávání levodopy v tabletách je nižší odbourávání v žaludku a dochází k opoždění nástupu a snížení účinku. Při léčbě pumpou se dá kontrolovat hladina v krvi a tím i hybnost, z toho důvodu, že se levodopa z gelu uvolňuje průběžně. Před sprchováním se ale pumpa musí odpojit, jelikož není vodotěsná. (Klempíř) Z dlouhodobého hlediska přináší a udržuje zvýšení kvality života. (Poliaková, 2016, s. 323-327)

6.4 Rehabilitace

Rehabilitace je nedílnou součástí komplexní léčby Parkinsonovy choroby. Parkinsonova choroba postihuje především hybnost těla. Pro pacienty je nejhorší zpomalení, zmenšení a neschopnost začít pohyb. (Hoskovcová, 2010, s. 2-4) Vhodné programy mimo jiné pomáhají k udržení výkonnosti kardiovaskulárního systému a oddalují nástup sekundárních příznaků, kterými jsou dechové obtíže, ztuhlost kloubů, svalová slabost, poruchy chůze, které mohou vést až k pádům. Rehabilitace může být individuální, skupinová, ergoterapie, vodoléčba nebo také cvičení v domácím prostředí s vhodnými pomůckami. Cvičení je zaměřeno na zlepšení držení těla a nácvik chůze, ale také na motorickou činnost mluvidel. Cvičení doplňuje celková masáž nebo plavání. Skupinové cvičení působí motivačně a zajistí pravidelný sociální kontakt. Vhodné aktivity pro pacienty s Parkinsonovou chorobou jsou chůze, plavání, tai-chi, jóga, pilates, tanec, míčové hry, jízda na kajaku a golf. Doporučuje se jezdit na lázeňské pobyty. (Jeřábková, 2010, s. 4-5) Muzikoterapie, obecně cvičení do rytmu hudby usnadňuje a zároveň pomáhá udržet si pohybovou paměť a ovlivňuje psychiku. (Čapková, 2010, s. 5-6) Parkinson-italia.info má na svém webu projekt E-gym. Na tomto

webu mohou pacienti nalézt spoustu videonávodů na domácí cvičení, které by měli vykonávat denně. (OPLT: parkinsonitalia.cz) Masáže a akupunktura mohou zmírnit nemotorické příznaky. (EPDA, 2011. 1. s. 54)

6.5 Logopedie

Při diagnostikování Parkinsonovy choroby, doporučí zdravotnický personál logopeda. Doporučuje se včasný a neodkladný počátek zahájení logopedické léčby. Pacient musí být dostatečně informován o poruchách řeči, které může Parkinsonova choroba způsobit. Logopedie působí preventivně proti poruchám řeči. (Kramerová, 2010, s. 6-8) Logopedie probíhá v návaznosti na farmakologickou léčbu a rehabilitace. Logoped může diagnostikovat a ovlivnit poruchy polykání nácvikem. (Zamišková, 2010, s. 112-116) Logopedie pomáhá lidem při problémech s iniciací řeči, se zárazy, tichým hlasem a sníženou artikulací. Pomáhá díky relaxaci obličejových svalů, mobilizací mimických svalů a techniky měkkých tkání. Doporučuje se trénink před zrcadlem. (Jeřábková, 2010, s. 4-5)

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelský proces je rozdělen do těchto fází: systematické posouzení, diagnostika, stanovení cílů, plánování, realizace a vyhodnocení. Představuje systematickou, racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. (Slezáková, 2014, s. 83) Cílem ošetrovatelské péče je uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. O ošetrovatelskou péči se stará sestra, která se zajímá o člověka jako bio-psycho-sociální bytost. (Trachtová, 2013, s. 9) Při hospitalizaci pacienta sestry dbají především na to, aby pacient netrpěl nedostatkem potřeb. Do popředí zájmu se dostávají fyziologické potřeby. (Krátká, 2007, s. 11) Základem péče o pacienta by měla být snaha o udržení soběstačnosti pacienta. Snahou rodiny a zdravotnických pracovníků by mělo být nechat pacienta, aby sám zvládal běžné denní činnosti, jako jsou hygiena, oblékání, jídlo, i když tyto úkony zaberou mnohem více času. (Roth, 2009, s. 129)

7.1 Ošetrovatelská péče o výživu

Výživa je základní biologická potřeba člověka. Pravidelným režimem uspokojujeme potřebu výživy dříve, než se stane aktuální. Jídlo a pití přináší lidem prožitek. Výživa ovlivňuje celkový zdravotní stav, duševní pohodu, průběh léčby a onemocnění. (Trachtová, 2013, s. 82) Neexistuje žádné diabetologické opatření. Zásady se neliší od obecných doporučení, kdy by měl jíst pacient menší porce 5x denně. (Roth, 2009, s. 131) Základní úkol výživy je zajistit optimální příjem energie, živin, vitamínů, minerálů a vody. Doporučuje se jíst vyvážená a různorodá strava. Vyvážený by měl být i příjem energie, aby nedocházelo k výkyvům hmotnosti. U Parkinsonovy choroby je jeden s non-motorických příznaků, který souvisí s výživou a tím je zácpa. Aby se předcházelo zácpě, doporučuje se zvýšit příjem tekutin, jíst více vlákniny, obilnin, ovoce a zeleniny. Také velmi pomáhá švestkový kompot nebo citrónová šťáva. (Dostál, 2010, s. 28; Roth, 2009, s. 68) Pacienti mívají potíže s polykáním, proto je důležité dbát na zásady stolování. Aby pacient seděl vzpřímeně s nepokleslou hlavou. Typický motorický příznak Parkinsonovy choroby, třes rukou velmi zhoršuje příjem jídla. Doporučuje se jíst z hlubokého, nejlépe nerozbitného talíře, jíst lžící, ne vidličkou. Doporučuje se dávat pod misku protiskluzovou podložku. Na pití je vhodnější používat brčko nebo hrníček shora uzavřený. Stolování pacienta s Parkinsonovou chorobou zabere mnoho času, proto je důležité si ho načasovat v době on stavů, aby měl pacient dost času k příjmu a rozžvýkání potravy. Při suchosti v ústech je dobré, aby měl pacient u sebe tekutiny na zvlhčení sousta. Je lepší pacientům s Parkinsonovou chorobou podávat jídla mixovaná, kašovitá nebo husté polévky. (Roth, 2009, s. 132; Dostál, 2010, s. 20) Podávání léků je v nemocnici v kompetenci

sestry, která dodržuje rozestupy a pravidelnost. V domácím prostředí si pravidelnost a rozestupy musí ohlídat pacient nebo rodinný příslušník. (Roth, 2009, s. 133)

7.2 Ošetřovatelská péče o hygienu

Potřeba čistoty patří mezi základní potřeby člověka. V době nemoci se ale potřeba čistoty může změnit. Velkým faktorem v potřebě čistoty je soběstačnost pacienta. (Trachtová, 2013, s. 51) Hygienická péče zabere pacientovi spoustu času, je proto důležité si načarovat hygienu v době, kdy je nejvyšší účinek léků. Jemná manipulace s kartáčkem na zuby, hřeben při česání, mytí obličeje nebo holení dělá velké problémy. Z těchto důvodů je vhodné vyzkoušet elektrické zubní kartáčky a holicí strojky. (Roth, 2009, s. 130) Péče o kůži souvisí s hygienou. Hodnocení kůže je základní screeningové fyzikální vyšetření. Při vyšetření vždy pozorujeme barvu, otoky, suchost kůže, proleženiny. V posledním stádiu, kdy je pacient upoután na lůžko, je péče o kůži velmi důležitá. Když už se pacient neovládne otáčet na posteli sám, musí ho polohovat zdravotnický personál nebo v domácím prostředí rodina. Polohování je důležité k předcházení proleženin. (Trachtová, 2013, s. 56) Důležité je věnovat zvýšenou pozornost hygieně genitálu a konečníku, které zvyšují riziko proleženin. (Vytejková a spol, 2013, s. 147) Oblékání je jeden z obtěžujících problémů pacienta, z důvodu třesu, zpomalenosti a zhoršení jemných pohybů prstů. Největší problém nastává při zapínání knoflíků, proto je důležité oblečení přizpůsobit. Oblečení by mělo být z přírodních látek sajících pot. Péče o obuv je velmi důležitá, z důvodu pádu. Boty by měly být bez tkaniček, mít uzavřenou patu a protiskluzovou podrážku. (Roth, 2009, s. 130)

7.3 Ošetřovatelská péče o spánek

Spánek a odpočinek je základní fyziologická potřeba člověka. Spánek potřebujeme k zachování tělesného a duševního zdraví. Potřeba spánku a odpočinku je velmi individuální, někdo potřebuje méně někdo víc. (Trachtová, 2013, s. 69) Ve spánku mají pacienti obvykle potíže s přetáčením se na stranu. Pevnou, rovnou a kompaktní matrací a lehkou dekou místo peřiny bychom mohli pacientovi pomoci. Pacienti velmi často trpí nespavostí. Většinou obtížně usínají a brzy se budí. Někteří pacienti mohou v noci trpět úzkostí a zmateností, prevencí těchto stavů je nechat rozsvícenou malou lampičku na nočním stolku nebo hrát tiše rádio. Po probuzení mívají potíže s posazením a postavením, proto je důležité přizpůsobit postel s postranicí. (Roth, 2009, s. 130-131) Pacientům se doporučuje vynechání těžkých jídel, nepít alkohol a nekouřit před spaním. (Maurovich Horvat, 2010, s. 3)

7.4 Ošetřovatelská péče psycho-sociální

Nemoc mění obvyklý způsob života. Mění se denní stereotyp, díky čemuž dochází k řadě neuspokojených potřeb. Pacienti se na novou situaci musí adaptovat. „Mnohdy narušuje či mění mezilidské vztahy, dochází k méně častému kontaktu se známými a blízkými lidmi, v případě hospitalizace naopak přináší nutnost vytvářet si nové vztahy k personálu či ke spolupacientům.“ (Zacharová, 2011, s. 114) Náročné na psychiku bývají různá neznámá diagnostická vyšetření, proto je nutné pacienta vždy informovat a připravit. (Zacharová, 2011, s. 114) Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným je důležitý a vyžaduje psychologické znalosti, což znamená jednat empaticky, mít postřeh a osobně se angažovat. Mezi zdravotnickým personálem a pacientem by měl být dobrý osobní kontakt, komunikace a především důvěra a trpělivost. (Zacharová, 2011, s. 158-159.) V rodině nemoc působí negativně, vyvolávají se pocity viny, obavy, soucit a smutek. Naruší se rovnováha rodinného života. „Dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci.“ Rodina bývá aktivním činitelem k zahájení léčby, pomáhá překonat apatii a lhostejnost k léčbě. Rodina by měla spolupracovat se zdravotníky. (Zacharová, 2011 s. 166-167)

7.5 Sociální problematika

Většina pacientů s Parkinsonovou chorobou a jejich rodiny nevědí kde získat konkrétní informace nebo kde hledat pomoc sociálních služeb, na které mají ze zákona právo. V takových případech doporučí lékař kontakt na sociálního pracovníka, který je schopný zajistit sociální služby. Zhorší-li se stav pacienta a ten už nadále nemůže vykonávat svoje stávající povolání, je třeba zvážit, jestli nemá nárok na částečný nebo úplný invalidní důchod. Touto problematikou se zabývá zákon č.155/1995Sb., o důchodovém pojištění. (Roth, 2009, s. 153)

8 ORGANIZACE PRO NEMOCNÉ

8.1 Společnost Parkinson

Společnost Parkinson je členem EPDA a společně se podíleli na vydání třídílné publikace s názvem „Život s Parkinsonovou nemocí.“ Snaží se pomoci nemocným a jejich rodinám. Dbají na informovanost o nemoci a komplikacích. Společnost Parkinson nabízí spoustu společenských a sportovních akcí pro nemocné. Pacienti jsou rádi, že si mohou pohovořit o nemoci s ostatními nemocnými. Společnost vydává časopis Parkinson a zakládá jednotlivé kluby. V současné době najdeme už 21 klubů po celé České republice. (Roth, 2009, s.199)

8.2 EPDA

European Parkinson's disease association (Evropská asociace Parkinsonovy nemoci) je evropská nevládní a nezisková organizace. Byla založena v roce 1992 v Mnichově. Jejím cílem je, aby pacienti a jejich rodiny dostali včas správné informace, aby dostali včas vhodnou léčbu. Dále se snaží zvýšit povědomí o Parkinsonově chorobě a jejím dopadu na život a podporuje celosvětovou komunitu v hledání léku. Česká republika je členem asociace Společnost Parkinson se sídlem v Praze. www.epda.eu.com

8.3 Parkinson help

Vznikla v roce 2012 a seznamuje širokou veřejnost s obtížemi a přispívá ke zkvalitnění života pacientů s touto chorobou. Podporuje komunitní život nemocných. (Parkinson-help.cz)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Parkinsonova choroba je chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění. V současné době nevyléčitelné, lze však dlouhodobě účinně potlačovat nebo omezovat příznaky. Stále se nezná příčina vzniku Parkinsonovy choroby. Na vzniku se ale podílí životní styl, genetické faktory nebo druh práce. Průběh tohoto onemocnění je velice individuální. Pro člověka, který touto chorobou trpí, je důležité nevzdat se, bojovat a podpora rodiny. (Roth, 1999, s. 10)

S Parkinsonovou chorobou jsem se setkala již v minulosti, při odborné praxi na střední škole. Zajímá mě, jak lidé s touto chorobou žijí, jak se vyvíjí jejich příznaky a jaký má tato choroba vliv na jejich běžný život. Tato choroba ovlivňuje běžný život, který se zcela obrátí vzhůru nohama. Nemocnému se kompletně změní celý život, z důvodu příznaků typických pro Parkinsonovu chorobu a také z důvodu projevu nežádoucích účinků léčby. Pacienti postupně ztratí soběstačnost, obzvláště v oblasti pohybu.

Ve své bakalářské práci bych se ráda zaměřila na ošetrovatelské problémy pacientů při vykonávání běžných denních činností. Dále bych se ráda zaměřila na to, jak všeobecné sestry mohou pozitivně ovlivnit ošetrovatelské problémy pacientů.

10 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

10.1 Cíl výzkumu

Cíl práce je vytvořit mapu ošetrovatelské péče zaměřenou na potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou v ošetrovatelské péči.

10.2 Dílčí cíle

Zjistit potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou.

Zjistit, jestli a jak může sestra ovlivnit uspokojení potřeb pacientů s Parkinsonovou chorobou.

Vytvořit mapu ošetrovatelské péče na nejčastější ošetrovatelské diagnózy.

10.3 Výzkumné otázky

Jaké jsou potřeby pacientů s Parkinsonovou chorobou?

Jak může sestra pozitivně ovlivnit uspokojení potřeb pacientů s Parkinsonovou chorobou?

11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr participantů byl záměrný. Vybrali jsme 3 pacienty s Parkinsonovou chorobou. Výběr pacientů probíhal na základě příznaků a pozdních komplikací onemocnění. První pacient byl vybrán na základě wearing off, kdy musel být hospitalizován. Druhý pacient byl vybrán z důvodu psychických komplikací a třetí pacient byl vybrán na základě diagnostiky v pozdních hybných stádiích nemoci. Pacienti souhlasili s pozorováním a anonymním odběrem informací z ošetrovatelských a lékařských dokumentací.

12 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník si vyhledává informace, se kterými se seznamuje v terénu a následně se z výsledků rozhodne, která data potřebuje. Výzkumník si nejprve vybere téma a k tématu si následně zvolí hlavní výzkumné otázky. (Hendl, 2016, s. 46-47) Kazuistika umožňuje velmi detailní studium jednoho nebo několika málo případů. (Hendl, 2016, s. 102) Výstupem práce je zpracování 3 kazuistik. Data pro kazuistiku jsem získala pozorováním pacientů a studiem lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Všechna data použita v kazuistikách jsou anonymní.

12.1 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal na Neurologické klinice FN Plzeň v době od 12.11.2020 do 04.12.2020, kdy bylo využito ošetrovatelské a lékařské dokumentace s cílem získání potřebných informací. Výzkum probíhal v době mé zimní odborné praxe, kdy nebyl narušen běžný chod oddělení. Žádost o provedení výzkumného šetření ve FN Plzeň schválila Mgr. Bc. Světluš Chabrová.

13 KAZUISTIKA 1

Základní informace

Jméno: XY

Pohlaví: muž

Věk: 71 let

Národnost: česká

Povolání: důchodce

Kontaktní osoba: manželka

Stav: ženatý

Vyznání: bez vyznání

Osobní anamnéza

Pacient se narodil roku 1950. Vyrůstal s otcem, matkou a dvěma bratry. V dětství onemocněl běžnými dětskými nemocemi. Ve 3 letech byl na tonzilektomii. Ve 30 letech prodělal frakturu pravého lokte, fraktura léčena operativně. Nyní se nachází v domácí péči, kde se o něj stará manželka.

Rodinná anamnéza

Pacient je ženatý a má dvě zdravé dcery. Otec zemřel v 75 letech na infarkt myokardu a matka trpěla revmatoidní artritidou, zemřela v 85 letech. Má dva bratry, kteří jsou zdraví. Sledovaná onemocnění, kromě kardiovaskulárního onemocnění v rodinné anamnéze, neudává (diabetes, hematologické onemocnění, onkologické onemocnění). V rodině se nepotvrdilo, že by některý člen trpěl Parkinsonovou chorobou.

Alergická anamnéza

Pacient neudává, že by trpěl nějakou alergií.

Abúzus

Pacient udává, že od 18 do 30 kouřil, ale v současné době už nekouří. Drogy nikdy nebral. Alkohol dříve pil jenom příležitostně na rodinných oslavách, v současné době se snaží abstinovat. Kávu pije 2x nebo 3x denně.

Sociální anamnéza

Pacient je již 46 let ženatý, s manželkou žije v rodinném domě. Má dvě dcery.

Pracovní anamnéza

Pacient po dokončení střední školy, pracoval v pojišťovně, nyní už je 7 let ve starobním důchodu.

Diagnóza a přidružené diagnózy

Parkinsonova choroba s pravostrannou převahou, stádium pozdních hybných komplikací.

Ortostatická hypotenze, která je nežádoucím účinkem dopaminergní léčby.

Benigní hyperplazie prostaty.

Hypercholesterolemie stav po operaci pravé ledviny pro cysty.

Stav po operaci pravého lokte.

Sportovní anamnéza

Pacient chodí na rehabilitace a cvičí doma s pomůckami podle videí a doporučení od fyzioterapeuta.

Průběh onemocnění

V roce 2005 se u pacienta se jako první příznaky projeví problémy s rovnováhou, ale pacient jim nepřikládá žádnou pozornost. Občasně se mu při chůzi stávalo, že dopadal na pravou stranu. Rok od roku se ale začaly k těmto příznakům nemoci projevovat další, jako například zpomalené tempo a tichá řeč, třes v rukou i nohou a později šouravá a pomalá chůze. Pacient si bohužel myslel, že jsou to příznaky stáří, proto tomu nevěnoval moc pozornosti.

V roce 2011 ho manželka donutila dojít k praktickému lékaři. Praktický lékař dal pacientovi žádanku na neurologii. Pacient na neurologické klinice podstoupil řadu neurologických vyšetření, také podstoupil počítačovou tomografii a magnetickou rezonanci, tato vyšetření potvrdila lékařovu myšlenku diagnózy Parkinsonovy choroby. Lékař okamžitě nařídil léčbu L-dopou. Pacient L-dopu dlouhodobě snášel velmi dobře, ale v poslední době, kdy už pacient trpěl stádiem pozdních hybných komplikací se zhoršujícími a prodlužujícími se stavy off, kdy nebyl schopen se ani zvednout z postele, byla doporučena plánovaná hospitalizace za účelem úpravy léčby L-dopou tzv. „drug holidays“. Podstatou této hospitalizace je dostat pacienta úpravou medikace a infuzemi do snesitelného stavu off. Před zahájením léčby měl pacient 1560 mg L-dopy.

Hospitalizace

1. Den hospitalizace

Pacient byl na doporučení lékaře přijat ve 14: 00 na Neurologickou kliniku, k hospitalizaci z důvodu „drug holiday“. Pacient po příchodu na oddělení byl uložen na pokoj, podepsal za asistence sestry souhlas s hospitalizací. Byl poučen o chodu oddělení, kde se nachází WC, koupelna, kuchyně, sesterna, jak se používá signalizačním zařízením a také byl poučen o manipulaci s lůžkem. Sestra provedla odběr krve, zavedla periferní žilní katetr do levé horní končetiny a sepsala ošetřovatelskou anamnézu. Pacient dále užívá vlastní léky, které odevzdal sestře. Večer byla k jeho běžné medikaci přidána medikace PK-Merz 200 mg i. v. 0-0-1 byla podána na 90 minut. Večere mu byla donesena na pokoj. Večer si stěžoval na úzkost z důvodu nepřítomnosti manželky a na bolest zad, kterou má dlouhodobě. Léky na bolest nebere, pomáhají masáže zad a cvičení. Vypil 1,5 l za celý den. Večer koukal na televizi.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Indikace: Prevence závažných kardiovaskulárních příhod.

Kontraindikace: Akutní onemocnění jater, porucha funkce ledvin, myopatie, během těhotenství, hypofunkce štítné žlázy, nadměrné pití alkoholu.

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, závratě, zácpa, nauzea, bolest břicha, bolest svalů.

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Indikace: Léčba symptomů dolních močových cest na podkladě benigní hyperplazie prostaty.

Kontraindikace: Těžká porucha jater.

Nežádoucí účinky: Závrať, bolest hlavy, palpitace, ortostatická hypotenze, zácpa nebo průjem, nauzea, zvracení, kopřivka, vyrážka, svědění.

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Indikace: K léčbě závažné ortostatické hypotenze.

Kontraindikace: Onemocnění srdce a koronárních cév, hypertenze, retence moči, porucha funkce ledvin, diabetická retinopatie, závažné obliterační nebo spastické vaskulární poruchy onemocnění ledvin, hypertrofie prostaty se zvýšeným objemem moče, glaukom, hypertyreóza.

Nežádoucí účinky: Psychické poruchy, poruchy spánku, nespavost, úzkost, zmatečnost, parestézie, bolest hlavy, neklid, srdeční poruchy, nauzea, průjem, bolest břicha, zadržování moče.

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Indikace: K léčbě Parkinsonovy choroby a parkinsonického syndromu.

Kontraindikace: Glaukom, melanom v anamnéze, současné podávání selektivních inhibitorů MAO-A a MAO-B.

Nežádoucí účinky: Anémie, nárůst či pokles tělesné hmotnosti, halucinace, závratě, nespavost, únava, deprese, bolest hlavy, demence, palpitace, nauzea, zvracení, průjem, sucho v ústech, tmavá moč, slabost, návaly horka.

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

Indikace: K léčbě psychotických poruch.

Kontraindikace: Pití alkoholu, onemocnění ledvin a srdce, snížená funkce kostní dřeně, granulocytopenie, oběhové selhání, útlum CNS, onemocnění jater, paralytický ileus.

Nežádoucí účinky: Zvýšení tělesné hmotnosti, neklid, závratě, ospalost, křeče, bolest hlavy, zmatenost, rozmazané vidění, tachykardie, synkopa, pneumonie, zácpa, nauzea, retence moče, horečka.

PK-Merz 200 mg i. v.

Indikace: Při zhoršení stavů off.

Kontraindikace: Kardiomyopatie, myokarditida, závažné městnané srdeční selhání, bradykardie.

Nežádoucí účinky: Závratě, poruchy spánku, neklid, halucinace, retence moče, edém nohou, nauzea, sucho v ústech, poruchy srdečního rytmu, rozmazané vidění, ortostatická dysregulace, leukopénie, trombocytopenie, anafylaktické reakce.

Ošetrovatelská anamnéza

TK: 138/78 mmHg

Výška: 185 cm

D: 18/min

P: 96/min

Váha: 105 kg

TT: 36,6 °C

SpO₂: 98 %

BMI: 30,7

Kognitivní funkce

Vědomí: Pacient je plně při vědomí.

Orientace: Je orientovaný časem, prostorem i osobou.

Komunikace: Pacient trpí monotónní řečí a zasekáváním během mluvení.

Spolupráce: Pacient spolupracuje bez problémů.

Dýchání

Udává, že netrpí žádnými obtížemi.

Vyprazdňování

Na WC si pacient dojde sám.

Močení: Bez potíží.

Stolice: Zácpa.

Výživa

S dopomocí, dieta racionální.

Soběstačnost

Soběstačný nebo s dopomocí.

Invazivní vstupy

První den hospitalizace zavedení PŽK do LHK.

Kompenzační pomůcky

Brýle, berle, zubní protéza horní.

Spánek

Nespavost, léky neužívá.

Víra

Neuvádí.

Kůže

Bez přítomnosti ekzémů, pocení přiměřené, mastná pokožka, neupravené nehty.

Hodnotící škály

Barthelův test všedních denních činností: 80 bodů, lehká závislost

Riziko vzniku dekubitů: 27 bodů, bez rizika vzniku dekubitů

Riziko pádu: 4 body, bez rizika

Celkový dojem

Pacient je lucidní, spolupracuje bez fatické poruchy a trpí monotónní řečí.

Hlava: Hlava je pokleповě nebolestivá. Nemá třes brady ani hlavy.

HK: Horní končetiny jsou v klidu zvláště při odvedení pozornosti. Třes pravé ruky je charakteru tzv. „počítání peněz“. Při Mingazziniho vyšetření ruce udrží bez poklesu. Má jemnější statický třes pravé ruky. Finger tapping rytmus udrží vcelku

dobře. Trpí mírnou bradykinezi, naopak klidová rigidita je většinou nepřítomna, ale bývá zvýrazněna více vpravo při Fromentově manévru.

DK: Dolní končetiny jsou bez třesu a bez parézy. Při Mingazziniho vyšetření bez poklesu. Reflex Babinského je negativní. „Šlapání ve vzduchu“ je normální. Poklepání nohou, trhavěji udrží rytmus.

Čítí: Čítí je normální.

Stoj/chůze: Stoj a chůze s dopomocí berle. Pull test je pozitivní. Chůze je šouravá, pomalá z důvodu krátkých krůčků. Otočky s přešlapováním jsou bez freezingu. Trpí omezenými souhyby horních končetin.

2. Den hospitalizace

Ráno se pacient cítí nejistý, chůze je nejistá a pomalá. Pacient udává, že se vyspal docela dobře. Pacient požádal o pomoc při hygieně a oblékání. Ráno byla stolice. Pacient plně spolupracuje. Celé dopoledne má klidový třes na pravé horní končetině a o trochu méně na pravé dolní končetině. Z tohoto důvodu mu byla přinesena snídaně a oběd na pokoj. Odpoledne pacient cítí zlepšení stavů off. Už se necítí tolik nejistý. Snažil se odpoledne chodit po pokoji a chodbě. Večeře mu byla donesena na pokoj. Vypil 1,5 l za celý den. Večer koukal na televizi.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

3. Den hospitalizace

Pacient je již od rána spokojen, jelikož cítí velké zlepšení. Udává, že se vyspal velice dobře. Ráno si pacient provedl sám hygienu, s oblékáním mu pomohla sestra. Na snídání

a oběd si došel do jídelny. Pacient trpí hypomimií a monotónním hlasem. Také přetrvává klidový třes pravostranných končetin. Infuzní terapii toleruje. Pacientovi byla nabídnuta rehabilitace, ale odmítnul ji, cvičí podle plánu z domova. Odpoledne cvičil podle plánu z domova. Pacienta přišla navštívit jeho manželka. Večeře mu byla přinesena na pokoj a vypil 2 l za den. Večer koukal na televizi. Usnul brzy.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

4. Den hospitalizace

Pacient udává, že se cítí unavený, v noci nemohl moc spát a často se budil. Ráno poprosil o dopomoc při hygieně a oblékání. Snídaně mu byla donesena na pokoj. Před ranní dávkou PK-Merz mu byl přepíchnut periferní žilní katetr do pravé horní končetiny. Dopoledne spal. Na oběd si došel do jídelny. Odpoledne byla přítomna hypomimie a klidový třes pravostranných končetin. Cvičil podle plánu z domova. Večeře mu byla přinesena na pokoj a vypil 1,5 l za den. Večer koukal na televizi.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

5. Den hospitalizace

Pacient se od rána cítí významně lépe. Trpí hypomiíí a monotonním hlasem. Přetrvává lehký třes pravostranných končetin. Ráno pacient zvládl hygienu a oblékání sám. Na snídani si došel do jídelny. Dopoledne cvičil podle plánu z domova. Na oběd si došel do jídelny. Odpoledne si stěžoval na bolest břicha z důvodu zácpy, proto mu byla dána Lactulosa 5 ml. Odpoledne už stolice byla. Večeře mu byla donesena na pokoj a vypil 1,5 l za den. Večer koukal na televizi.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

6. Den hospitalizace

Pacient je klidný, soběstačný. Hygienu a oblékání zvládnul sám. Na snídani a oběd si došel do jídelny. Dopoledne se snažil chodit po chodbě, ale chůze je pomalá a šouravá. Odpoledne cvičil podle plánu z domova a poté odpočíval. Pacienta přišla navštívit manželka. Večeři dostal na pokoj. Večer koukal na televizi. Vypil 2 l za celý den. V noci mu občas projde přes pravou dolní končetinu „elektrický výboj“, který mívá často i doma.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

7. Den hospitalizace

Pacient spolupracuje, na bolest si nestěžuje. Ráno hygienu a oblékání zvládnul sám. Před podáním PK-Merz byl přepíchnut periferní žilní katetr do levé horní končetiny. Po podání PK-Merz zlepšení stavu off. Trpí hypomimií a monotónním hlasem bez hezitací. Na snídani a oběd si došel do jídelny. Přetrvává klidový třes prstů na pravé horní končetině. Fromentův manévr byl pozitivní. Poklep nohou o podložku vážne. Pacient je afebrilní. Chůze je jistá. Odpoledne cvičil podle plánu z domova a luštil křížovky. Večeři dostal na pokoj. Večer koukal na televizi. Vypil asi 1,7 l za celý den.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

8. Den hospitalizace

Pacient se cítí lépe. Došlo ke zlepšení stavů off v určité době. Přetrvává hypomimie, hlas je tichý a monotónní. Dále přetrvává klidový třes pravé horní končetiny. Objevila se ztuhlost v zápěstích, více vpravo a také vyšší tonus pravé dolní končetiny. Z důvodu těchto potíží byla přidána medikace. Ráno požádal o pomoc při oblékání z důvodu ztuhlosti zápěstí.

Hygienu zvládnul sám. Na snídani a oběd si došel do jídelny. Odpoledne cvičil podle plánu z domova, odpočíval, luštil křížovky nebo koukal na televizi. Večeři dostal na pokoj a večer koukal na televizi. Vypil 2 l za celý den.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

Corbilta 150mg tbl. 0-1-1

Indikace: K léčbě dospělých pacientů s hybnými fluktuancemi, které nebylo možné stabilizovat L-dopou.

Kontraindikace: Těžká porucha funkce jater, glaukom, feochromocytom, současné podávání Corbilta s neselektivními inhibitory, současné podávání selektivních inhibitorů MAO-A a MAO-B, neuroleptický maligní syndrom.

Nežádoucí účinky: Nauzea, průjem, bolesti svalů, červenohnědé zbarvení moče, krvácení do GITu, anémie, pokles tělesné hmotnosti, deprese, halucinace, nespavost, rozmazané vidění, projevy ischemické choroby srdeční, dyspnoe, vyrážka.

9. *Den hospitalizace*

Pacient se v noci moc nevyspal, často se budil. Ráno požádal o pomoc při hygieně a oblékání. Ráno byla stolice. Snídaně mu byla donesena na pokoj. Dopoledne odpočíval. Oběd mu byl také přinesen na pokoj. Odpoledne chodil po chodbě a poté odpočíval, luštil křížovky nebo koukal na televizi. Večeře mu byla přinesena na pokoj. Vypil 1,5 l za celý den. Usnul brzy. Léčba je subjektivně i objektivně s dobrým efektem.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

PK-Merz 200 mg i.v. 1-0-1

Corbilta 150 mg tbl. 0-1-1

10. Den hospitalizace

Pacient se vyspal dobře. Ráno zvládl hygienu a oblékání sám. Byla podána Lactulosa a poté byla stolice. Snídaně mu byla donesena na pokoj. Dopoledne odpočíval a chodil po chodbě. Oběd mu byl také přinesen na pokoj. Odpoledne chodil po chodbě, cvičil podle plánu z domova, luštil křížovky nebo koukal na televizi, také ho přišla navštívit manželka. Večeře mu byla přinesena na pokoj. Vypil 2l za celý den. Usnul brzy.

Medikace:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 100/25 mg tbl. 2,5 v 6:00; 2,5 v 10:00; 2,5 v 14:00; 2,0 v 19:00; 2,5 ve 23:00

Clozapin 25 mg tbl. $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

PK-Merz 200 mg i. v. 1-0-1

Corbilta 150 mg tbl. 0-1-1

11. Den hospitalizace

Pacient se vyspal dobře. Ráno zvládl hygienu a oblékání sám. Na snídani si došel do jídelny. Dopoledne si balil věci domů. Byla podána poslední dávka PK-Merz a poté byl vytažen periferní žilní katetr. Nyní se nachází v off stavu. Pull test vyrovnává úskokem. Chůze je typická parkinsonická o krátkém kroku. Vymizely hyperkineze. Řeč je lehce setřelá, mimika chudší. Statický a intenzivní třes není. Klidový třes také skoro vymizel. Otevírání a zavírání ruky je stejné. Fromentův manévr je negativní. Lehká Rigidita vpravo přetrvává. Dnes dimise.

Medikace na doma:

Sorvasta 10 mg tbl. 0-0-1

Tanyz 0,4 mg tbl. 0-0-1

Gutron 2,5 mg tbl. 1-0-0 (cca 9:00)

Antiparkinsonika:

Nakom mite 125 mg tbl. 2 tbl. ve 14:00

Nakom 275 mg tbl. 1 v 6:30.

L/C/E Mylan 200 mg 1 v 10:00, 1 v 19:00, 1 v 23:00, 1 v 1:30

Indikace: K léčbě dospělých pacientů s motorickými fluktuacemi na konci dávkovacího intervalu.

Kontraindikace: Těžká porucha funkce jater, glaukom, feochromocytom, neuroleptický maligní syndrom, současné podávání přípravku s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy, současné podávání selektivních inhibitorů MAO-A a MAO-B.

Nežádoucí účinky: Anémie, deprese, halucinace, rozmazané vidění, srdeční poruchy, průjem, nauzea, dyspnoe, vyrážka, chromaturie, bolest na hrudi, poruchy chůze.

Clozapin 25 mg tbl. ½ - ½ - ½

13.1 Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb

Potřeba výživy a hydratace

Deficit sebezpečí při stravování (00102)

Z důvodu třesu pravé horní končetiny.

Cíl: Pacient získá schopnost sebezpečí při stravování.

Intervence:

Zhodnot' úroveň soběstačnosti.

Uprav vhodnou polohu k jídlu.

Zajisti v případě nesoběstačnosti pomoc.

Zajisti potřebné pomůcky k jídlu.

Dbej na dostatek tekutin při jídle.

Zajisti dostatek času.

Hodnocení: Pacient je soběstačný. Občasně potřebuje pomoc s otevřením, jinak vše zvládá sám.

Narušené polykání (00103)

Z důvodu suchosti v ústech.

Cíl: Pacient polyká stravu bez potíží v malých dávkách.

Intervence:

Informuj pacienta o riziku aspirace a prevenci aspirace.

Zajisti vhodnou polohu.

Zajisti dostatek tekutin při jídle.

Zajisti dle potřeby pomoc.

Zajisti dostatek času.

Zajisti vhodnou konzistenci stravy.

Informuj lékaře a pacienta o možnosti logopedického konzilia.

Hodnocení: Pacient přijímá stravu bez potíží.

Potřeba vyprazdňování

Chronická funkční zácpa (00235)

Zácpa je způsobena vlivem dlouhodobého užívání léků, které ji mají jako nežádoucí účinek.

Cíl: Pacient se bude vyprazdňovat alespoň 1x za 3 dny.

Intervence:

- Aktivizuj pacienta.
- Zajisti dostatečný příjem tekutin.
- Zajisti dostatek vlákniny ve stravě.
- Podej laxativa dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinky laxativ.
- Sleduj frekvenci a charakter stolice.
- Zajisti soukromí při vyprazdňování.

Hodnocení: Během hospitalizace byla podávána Lactulosa. Ošetřovatelský personál dbal na dostatečný příjem tekutin. Pacient sám dodržoval dostatečnou aktivitu. Stolice byla 1x za 3 dny a nebyla bolestivá.

Potřeba spánku a energie

Nespavost (00095) a Nedostatek spánku (00096)

Pacient trpí nespavostí z důvodu časného probouzení a nočního buzení.

Cíl: Pacient bude spát minimálně 6 hodin v kuse.

Intervence:

- Zjisti návyky a způsob usínání pacienta.
- Zajisti klidné prostředí ke spánku.
- Upozorni na nevhodné pospávání během dne.
- Zajisti dostatečné aktivity během dne.
- Sleduj kvalitu usínání a spánku.
- Edukuj pacienta o relaxačních metodách.
- Podávej hypnotika dle ordinace lékaře.

Hodnocení: Pacient měl během dne dostatek aktivity a v noci spal dobře.

Únava (00093)

Z důvodu nevyspání, nedostatku energie.

Cíl: Pacient se cítí odpočatý, má více energie a ví, jak s únavou bojovat

Intervence:

Zaměř se na kvalitu spánku.

Vytvářej prostředí zmírňující únavu.

Seznam pacienta o šetření energie během dne.

Zajisti dostatek aktivit, které pomáhají proti únavě.

Hodnocení: Pacient měl více energie a věděl, jak proti únavě bojovat.

Potřeba hygieny

Deficit sebeděže při koupání (00108)

Pacient občas z důvodu třesu a ztuhlosti potřebuje dopomoc při hygieně.

Cíl: Pacient bude vykonávat hygienu dle svých možností a zdravotního stavu.

Intervence:

Zhodnot' úroveň sebeděže.

Zajisti pomoc při vykonávání hygieny.

Zajisti soukromí a bezpečnost.

Bud' trpělivá a empatická.

Poskytni čisté prádlo.

Prováděj péči o kůži.

Zajisti pravidelnou péči o dutinu ústní.

Zajisti spolupráci s rodinou při zajištění individuálních pomůcek.

Hodnocení: Pacient zvládá hygienu sám nebo s dopomocí.

Deficit sebeděže při oblékání (00109)

Z důvodu třesu a ztuhlostí rukou.

Cíl: Pacient bude zvládat oblékání dle svých možností a zdravotního stavu.

Intervence:

- Zhodnot' úroveň sebeděče.
- Realizuj nácvik oblékání.
- Dopomoc dle potřeby.
- Podporuj pacienta při oblékání.
- Připrav pacientovi vhodné oblečení.
- Počkej na vhodnou dobu.
- Bud' trpělivá a empatická.
- Zajisti dostatek času na oblékání.

Hodnocení: Pacient je soběstačný, oblékání zvládá sám nebo s malou dopomocí.

Potřeba zvládnání zátěže

Úzkost (00146)

Související s odloučením od manželky.

Cíl: U nemocného dojde ke zmírnění úzkosti.

Intervence:

- Naslouchej pacientovi.
- Bud' empatická a trpělivá.
- Zajisti návštěvy rodiny.
- Informuj lékaře a v případě nutnosti kontaktujte odborníka.

Hodnocení: Pacient byl méně úzkostlivý, když ho přišla navštívit manželka.

Potřeba bezpečnosti

Riziko pádu (00155)

V souvislosti s onemocněním, z důvodu třesu a ztuhlosti.

Cíl: U pacienta během hospitalizace nedojde k pádu.

Intervence:

- Edukuj o používání signalizačního zařízení.
- Zkontroluj funkčnost a dosah signalizačního zařízení.
- Zkontroluj vhodnou obuv.
- Zajisti noční světlo.
- Zajisti kompenzační pomůcky k chůzi.
- Zajisti odstranění překážek z okolí.

Hodnocení: Pacient během hospitalizace neutrpěl žádný pád.

Potřeba pohodlí

Chronická bolest (00133)

Z důvodu bolesti zad

Cíl: Pacientovi nebudou bolesti zad překážet v běžných denních činnostech.

Intervence:

- Monitoruj charakter, intenzitu a lokalizaci.
- Informuj pacienta o možnostech tlumení bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Prováděj masáž zad za pomoci mastiček.

Hodnocení: Pacient má bolesti zad dlouhodobě. Obvykle žádné léky na tlumení bolesti neužívá. Pomáhá cvičení a masáže zad, kterou prováděl ošetřovatelský personál.

Potřeba aktivit a cvičení

Narušená chůze (00088)

Z důvodu zpomaleného tempa chůze, malých krůčků a šouravé chůze. Také z důvodu ze strachu z pádu.

Cíl: Pacient během hospitalizace zlepší svoji chůzi a bude jistější.

Intervence:

Posud' úroveň soběstačnosti dle Barthelové.

Informuj o rizicích pádu.

Zajisti dopomoc při běžných denních činností.

Spolupracuj s rodinou při zajištění vhodné obuvi.

Zajisti kompenzační pomůcky.

Hodnocení: Pacient chodil sám, občasně s dopomocí. Používal kompenzační pomůcku berle, které mu zajistily pocit jistoty.

14 KAZUISTIKA 2

Základní informace

Pacient: AB

Pohlaví: muž

Věk: 58 let

Národnost: česká

Povolání: důchodce

Kontaktní osoba: manželka

Stav: ženatý

Vyznání: bez vyznání

Osobní anamnéza

Pacient vyrůstal s matkou, otcem a dvěma sestrami. V dětství onemocněl běžnými dětskými onemocněními. V roce 1996 prodělal operaci kostrče z důvodu výrůstku. Trauma mozku ani meningitis neudává. Interně se s ničím neléčí. Nyní se nachází v domácí péči, kde se o něj stará manželka.

Rodinná anamnéza

Pacient je ženatý a má jedno zdravé dítě. Otec zemřel tragicky při dopravní nehodě ve 40 letech. Matka stále žije a léčí se s diabetem melitem. Má dvě sestry, které jsou zdravé. V rodině se nepotvrdilo, že by některý člen rodiny trpěl neurologickým onemocněním. Sledovaná onemocnění kromě diabetu melitu v rodině neudává (onkologické onemocnění, hematologické onemocnění, infarkt myokardu).

Alergická anamnéza

Pacient neudává, že by trpěl nějakou alergií.

Abúzus

Pacient udává, že nekouří a nikdy v životě nekouřil. Drogy nikdy nebral. Alkohol pije příležitostně na rodinných oslavách. Kávu pije po každém jídle, tedy 2x až 3x denně.

Sociální anamnéza

Pacient je již 35 let ženatý. Má jednoho syna. S manželkou bydlí v bytě.

Pracovní anamnéza

Po dokončení střední školy šel na vysokou školu. Poté pracoval jako učitel tělocviku a zeměpisu na gymnáziu. Nyní je v invalidním důchodu z důvodu progresivního onemocnění.

Diagnóza a přidružené diagnózy

Levostranná převaha early-onset M. Parkinson ve stádiu pozdních hybných komplikací.

Depresivní porucha na medikaci.

Stav po operaci kostrče.

Ošetrovatelská anamnéza

Výška: 180 cm

Váha: 90,4 kg

TK: 138/96 mmHg

TT: 36,7 °C

P: 91/min

D: 18/min

SpO₂: 94 %

Farmakologická anamnéza

Corbilta 200 mg v 7:00 a 13:00

Corbilta 150 mg v 9:00; v 11:00; v 16:00; v 19:00; ve 22:00

Indikace: Léčba dospělých pacientů s end-of-dose hybnými fluktuancemi, které nebylo možné stabilizovat léčbou levodopa/inhibitory dopa dekarboxylázy.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, těžká porucha funkce jater, glaukom, feochromocytom, současné podávání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy, současné podávání selektivních inhibitorů MAO-A a MAO-B, neuroleptický maligní syndrom.

Nežádoucí účinky: Anémie, pokles tělesné hmotnosti, nechutenství, deprese, stav zmatenosti, halucinace, dyskineze, rozmazané vidění, srdeční poruchy, ortostatická

hypotenze, průjem, nauzea, zácpa, bolesti břicha, abnormální jaterní testy, vyrážka, bolesti svalů, chromaturie, bolesti na hrudi, pády, poruchy chůze, únava, edémy.

Isicom 250 mg ¼ tbl. v 7:00; v 9:00; v 13:00; v 16:00; v 19:00; v 22:00

Indikace: K léčbě dospělých s Parkinsonovou chorobou.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, glaukom, kojení.

Nežádoucí účinky: Anémie, halucinace, deprese, zmatenost, demence, bolest hlavy, závratě, synkopa, křeče, arytmie, palpitace, ortostatické účinky, dyspnoe, zvracení, kopřivka, vyrážka, bolest na hrudi, tmavá moč.

Venlafaxin mylan 150 mg 1-0-0

Indikace: Léčba těžkých depresivních epizod.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, současná léčba ireverzibilními inhibitory monoaminoxidázy.

Nežádoucí účinky: Nechutenství, zmatenost, halucinace, synkopa, mánie, závratě, bolest hlavy, rozmazané vidění, palpitace, tachykardie, hypertenze, dyspnoe, zvracení, průjem, nauzea, sucho v ústech, zácpa, hyperhydróza, vyrážka, retence moči, únava.

Pregabalin sandoz 150 mg 1-1-1

Indikace: K léčbě periferní a centrální neuropatické bolesti a k léčbě generalizované úzkostné poruchy.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Alergická reakce, neutropenie, zvýšená chuť k jídlu, zmatenost, nespavost, euforická nálada, halucinace, deprese, agresivita, závratě, bolest hlavy, somnolence, třes, poruchy paměti, rozmazané nebo dvojitě vidění, tachykardie, hypotenze, dušnost, rýma, zvracení, nauzea, zácpa, průjem, sucho v ústech, vyrážka, svalové křeče, otok kloubu, svalová ztuhlost.

Průběh onemocnění

První příznaky se objevily v roce 1996, kdy si všimnul klidového třesu levé horní končetiny. Třes se objevoval spíše při stresových situacích nebo při větším soustředění než v klidu. V roce 1996 před operací kostrče prodělal neurologické vyšetření, posléze bral nějaké léky, ale nepamatuje si jaké, ale efekt prý nebyl žádný, proto již k lékaři nechodil. Třes

se akcentoval asi během půl roku a od té doby se nemění, v rodině třesem nikdo netrpěl. Z tohoto důvodu zašel v roce 2000 ke svému praktickému lékaři, který pacientovi předepsal žádanku na neurologické vyšetření. Pacientovi byla provedena cílená neurologická vyšetření. Pacient udává, že pozoroval částečné zmírnění třesu po alkoholu, třeba při hraní na kytaru. Třesem nebyly ovlivněny osobní ani pracovní aktivity. Při sportu obtíže nemá. Na dolních končetinách nepozoruje žádné změny. Na cílený dotaz udává „divný pocit“ v oblasti levého kolene. Bolesti páteře má dlouho. Byl na CT vyšetření s kontrastní látkou. V mozkové tkáni ani na komorové soustavě nebyly zjištěny žádné patologické změny. Dále byl na MR mozku, kde objevili dvě nespecifické hyperintenzivní drobné léze. Pacientovi byla odebrána krev na minerální látky, ceruloplasmin a jaterní testy. Pacientovi bylo doporučeno zkusit si vliv alkoholu na třes.

Somatický stav pacienta

Pacient má dech klidný a normální. Kardiopulmonárně je stabilní a srdeční akce je pravidelná. Pacient je bez horečky s normální teplotou. Kolorit kůže je v normě, bez ikteru, bez cyanózy. Hydratace je v normě, vypije 1,5 až 2 l denně. Výživa přiměřená. Břicho je prohmatné a palpace je nebolestivá. Dolní končetiny jsou bez otoků a bez známek tromboembolické nemoci. Stolice je pravidelná jednou za 3 dny.

Neurologický stav pacienta

Celkový stav: Pacient je plně při vědomí. Je orientovaný časem, osobou i místem. Pacient plně spolupracuje. Pacient je bez poruch paměti. Trpí těžkou neurogenní poruchou motorické realizace řeči projevující se závadami a poruchami výslovnosti a artikulace s mnohonásobným opakováním vlastních zvuků, slabik, slov nebo vět a rychlou mluvou, která vede až k nesrozumitelnosti. Nálada je přiměřená, bez jakýchkoliv známek úzkosti.

Hlava: Hlava je normální konfigurace i držení hlavy je v pořádku. Zraková ostrost je bez problémů. Čich a sluch je orientačně v normě. Pacient netrpí závratěmi ani pískáním v uších. Oční štěrby jsou symetrické. Bulby jsou ve středním postavení a volně hybné všemi směry bez nystagmu a diplopie. Zornice jsou okrouhlé a isokorické. Čítí je symetrické. Jazyk plazí středem, je bez atrofie.

Páteř: Páteř je v ose. Občasně bolesti, ale při hmatu je nebolestivá. Záklon je volný.

HK: Horní končetiny jsou s držením, silou a hybností v normě. Objevuje se výrazný třes vlevo. Taxe prst nos je na obou pažích přesná. V Mingazziniho vyšetření je jemné chvění prstů. Levou horní končetinu drží schválně u těla, aby nebyl třes vidět.

DK: Dolní končetiny jsou s držením, silou, hybností v normě. Objevuje se lehký třes na levé končetině. Taxe pata koleno je přesná.

Stoj/chůze: Stoj je v normě. Mimovolní nepravidelné rychlé svalové záškuby horních končetin, krku a trupu jsou stabilní. Chůze je komplikována freezingy a dyskinezem. Čítí je orientačně v normě.

Medikace

Niar 5 mg tbl. 1-0-1

Indikace: Léčba Parkinsonovy choroby a depresivní poruchy.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, současné užívání s antidepresivy.

Nežádoucí účinky: Nausea, deprese, halucinace, nespavost, synkopa, srdeční potíže.

Viregyt K 100 mg tbl. 1-1-0

Indikace: K léčbě Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, žaludeční vředy, těhotenství a kojení.

Nežádoucí účinky: Úzkost, zlepšení nálady, deprese, halucinace, zmatenost, závratě, bolest hlavy, nezřetelná křeč, rozmazané vidění, palpitace, srdeční selhání, ortostatická hypotenze, sucho v ústech, anorexie, nauzea, zvracení, zácpa, nadměrné pocení, myalgie, otoky kotníků.

Isicom 250/25 mg tbl. ½ - ½ - ½

V roce 2001 si pacient stěžoval, že trpěl přechodnou nauzeou po Isicomu, která trvala asi 2 dny. Přetrvává klidový třes na levé končetině, který je nadále ovlivněn stresem. Jemnější pohyby jsou lepší, lépe se mu hraje na kytaru, říká, že má „šikovnější“ prsty. Pacient „křečovitě“ drží prsty na levé horní končetině, aby třes prstů byl při chůzi méně nápadný. Vyšetření krve prokázalo, že je vše v normě. Bylo provedeno EKG vyšetření, které bylo v pořádku. Proveden byl také test Hoehn and Yahr kdy vyšlo jednostranné motorické a axilární postižení a také byl proveden test UPDRS. Při hodině tělocviku ve škole větší problém nemá. Pacientovi byla navýšena medikace Isicomu.

Ošetřovatelská anamnéza

TK: 130/70 mmHg

P: 64/min

SpO₂: 96 %

TT: 36,0 °C

D: 21/min

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. 4x ½ v 6:00; v 11:00; v 17:30; ve 23:00

Niar 5 mg tbl. 1-0-1

Viregyt k 100 mg tbl. 1-1-1

V listopadu roku 2001 se stav pacienta zhoršil. Kdy se zhoršil třes levé horní končetiny, který pozoruje většinou po ránu a po obědě. Pacient udává, že má pocit tužší levé dolní končetiny při chůzi. Z tohoto důvodu mu ke stávající medikaci přibyla medikace Akinetonu.

Medikace:

Akineton 2 mg tbl. ¼ - ¼ -0, za 10 dní ½ - ½ -0

Indikace: Léčba třesu a ztuhlosti u Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, glaukom, stenózy v oblasti GITu, megakolon, neprůchodnost střev, kojící ženy.

Nežádoucí účinky: Rozrušení, neklid, zmatenost, halucinace, nespavost, únava, závratě, poruchy paměti, bolest hlavy, tachykardie, alergická reakce, sucho v ústech, nauzea, zácpa.

Při kontrole v prosinci roku 2000 pacient udává, že nasazení anticholinergik proběhlo bez problémů. Pacient se dopoledne cítí dobře. Třes je malý, obvykle zhoršení kolem 17:00, večer opět dobře. Pocity ztuhlosti nemá. U pacienta se objevila hypomimie. Objevil se lehký třes víček. Chůze je pomalá, kroky jsou dlouhé a bez hesitace. Pacientovi byl nasazen Neurool a upravena medikace Akinetonu.

Medikace:

Neurool 0,25 mg 1 až 2 tbl.

Akineton 2 mg tbl. ½ - ½ - ½

Další návštěva a kontrola stavu proběhla v polovině roku 2002, kdy pacient udává, že se cítí dobře. Třes se zmenšil. Stresové situace celkem nemá, takže efekt Neurolu mu přišel zanedbatelný. Někdy si nebral poslední dávku Akinetonu. Občas po fyzické zátěži (rekreačně fotbal) měl ve večerních hodinách ztuhlost LDK, která již omezovala v chůzi. Přetrvává hypomimie. Řeč má normální melodiku. Pacient udává, že trpí suchostí v ústech. Objevil se Fromentův manévr vlevo. Klidový třes na levé horní končetině se zmenšil. Přetrvává třes víček. Postaví se bez pomoci horních končetin. Chůze je bez hesitace. Souhyby jsou prakticky normální. Pull test v normě. Ke stávající medikaci byla přidána medikace PK-Merz a Mirapexin.

Medikace

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Indikace: K léčbě příznaků Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, kardiomyopatie, myokarditida, bradykardie, komorové arytmie, snížená hladina draslíku nebo hořčíku v krvi, renální nedostatečnost.

Nežádoucí účinky: Závratě, poruchy spánku, halucinace, retence moči, nauzea, sucho v ústech, srdeční poruchy, rozmazané vidění.

Mirapexin 0,125 mg tbl. 2-1-1

Indikace: K léčbě projevů a příznaků Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Nespavost, halucinace, zmatenost, závratě, zhoršení zraku, hypotenze, zácpa, zvracení, nauzea, únava, zvýšení tělesné hmotnosti.

V roce 2003 došlo k perfektní kompenzaci stavu. Pacient je méně nervózní a spokojený. Sám pozoruje zlepšení obratnosti levé horní končetiny. Třes se objevuje méně často a již jej tolik neobtěžuje. Při sportu mu příznaky nevadí. Někdy v závislosti na levodopě je pocit ztuhnutí levé dolní končetiny, ale většinou trvá jenom několik minut. Udává, že někdy má ráno asi 5 min. trvající stav křečovitého zkroucení levé nohy. Jinak problémy nejsou. Řeč je normální, bez hypofonie. Přetrvává hypomimie. Chůze je pomalá s normálními kroky. Třes víček přetrvává. Pacientovi byla ke stávající medikaci přidána medikace Cognitivu.

Medikace:

Cognitive 5 mg tbl. 1-0-1

Indikace: Užívá se při snížené účinnosti levodopy.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, žaludeční vřed, úzkost, těhotenství, kojení.

Nežádoucí účinky: Bolest hlavy, nauzea, sucho v ústech, retence moči, bradykardie, zvýšení jaterních enzymů, změny nálady.

V roce 2004 pozoruje mírné zhoršení stavu ve smyslu tišší řeči a větší ztuhlosti levé dolní končetiny při chůzi. Řídce se mu stává, většinou v dopoledních hodinách, že se mu bolestivě kroučí levá noha, až si téměř podvrknu kotník. S hybností horních končetin by byl spokojen, třes se nezhoršil. Pacient vydrží ve vzpřímeném stoji. Řeč je lehce hypofonická. Přetrvává hypomimie. Střídavé pohyby rukou i horních končetin v normě. Minimální třes levé horní končetiny při aktivaci chůzi, jinak bez třesu. Chůze bez hesitace s normálním krokem a menšími souhyby rukou. Medikace zůstala stejná.

Největší problémy v roce 2005 mu činí malá kompenzace v ranní a dopolední době, má obtíže v charakteru ranní off dystonie, při kterých je skoro nemožné se obléct nebo najíst. Dopoledne někdy při chůzi tahá levou dolní končetinu za sebou. Odpoledne je stav kompenzovanější, ale wearing off pozná. Třes jej neobtěžuje. Hybnost horních končetin je dobrá. Mívá nepříjemný pocit vnitřního třesu a ztuhlosti. Pacientovi byla upravena medikace.

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ v 7:00; v 11:00; v 16:00; ve 21:00

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

Akineton 2 mg tbl. 2-1-1

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Při kontrole v roce 2006 pacient udává, že po minulé úpravě Mirapexinu došlo ke zlepšení stavu. Pacient má menší problémy ráno před první medikací, kdy má pocit ztuhlosti. V noci se cítí dobře. Stav je celkem stabilní. Třes je dobře kompenzován, má ho minimálně.

Někdy při chůzi má stavy zadržování levé dolní končetiny o podložku a pocity křečí a kroucení levé dolní končetiny. Pacientovi byla upravena medikace. Řeč je lehce hypofonická. Přetrvává hypomimie a třes víček.

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ v 7:00; v 11:00; v 16:00; ve 21:00

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

Akineton 2 mg tbl. 2-1-1

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Stalevo 100 mg tbl. 1- $\frac{1}{2}$ -1- $\frac{1}{2}$

Indikace: Léčba hybných fluktuancí u dospělých s Parkinsonovou chorobou.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, porucha funkce jater, glaukom, feochromocytom, současné podávání s neselektivními inhibitory monoaminoxidázy, současné podávání se selektivními inhibitory MAO-A a MAO-B, neuroleptický maligní syndrom.

Nežádoucí účinky: Anémie, deprese, halucinace, pokles tělesné hmotnosti, nechutenství, dyskineze, rozmazané vidění, srdeční poruchy, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, zvracení, zácpa, sucho v ústech, abnormální jaterní testy, vyrážka, bolesti svalů, chromaturie, bolest na hrudi, poruchy chůze.

Při kontrole v roce 2007 pacient udává, že nasazení staleva považuje za zlepšení. On stavy jsou méně ostré. Problém je ranní off dystonie a pocit ztuhlosti, někdy tahá levou dolní končetinu za sebou. Stav kolísá. Třes levé horní končetiny spíše závislý na stresu a jenom prsty. On a off stavy nepřichází tak příkře. Komunikace s pacientem je dobrá s lehkou hypotonií. Přetrvává hypomimie. Postaví se napoprvé i bez opory horních končetin. Chůze s lehce kratším krokem a menšími souhyby horních končetin. Začínají se objevovat počínající posturální poruchy v off stavu. Byla snížena pacientova výkonnost a to ovlivnilo negativně výkonnost pracovní. Byly provedeny hodnotící testy MMSE, UPDRS, Hoehn Yahr v off stavu. V noci spí pacient hůře, často se probouzí a ráno trpí únavou.

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ v 7:00; v 11:00; v 16:00; ve 21:00

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

Akineton 2 mg tbl. 2-1-1

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Stalevo 150 mg tbl. 1-0-0 v 7:00

Stalevo 50 mg tbl. 1-1-1 v 10:00 a 15:00 a 18:30

Requip 5 mg tbl. 1-0-1-1-1

Indikace: Léčba on a off stavů.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Halucinace, zmatenost, somnolence, závrať, hypotenze, nauzea, bolest břicha, zvracení, zácpa, otoky nohou.

Madopar 50/12,5 mg tbl. v 10:00 $\frac{3}{4}$ a ve 12:00 $\frac{3}{4}$

Indikace: K zmírnění symptomů Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Selektivní inhibitory a neselektivní inhibitory, dekompenzace endokrinních, renálních, jaterních a kardiálních funkcí, u psychických onemocnění, glaukom, u pacientů do 25 let věku, těhotenství, žen ve fertilním věku pokud není zajištěna účinná antikoncepce.

Nežádoucí účinky: Deprese, úzkost, nespavost, halucinace, bludy, dezorientace, zvýšené libido, dyskineze, somnolence, arytmie, ortostatická hypotenze, nauzea, zvracení, průjem, vyrážka.

Při kontrole v roce 2008 pacient udává, že kolísání stavu je menší, ale i tak nadále během dne kolísá. Hyperkineze se po úpravě terapie zmírnily. Odpoledne je pacient celkem dobře hybný a hyperkineze málo. Jsou ale výraznější na hlavě a obličejovém svalstvu. Třes téměř nemá, v noci se přetáčí dobře. Hybnost horních končetin je dobrá. Stav off pozná podle zhoršení chůze. Problémem je hlavně chůze, která je s hesitací i freezingy. Projevilo se zhoršení řeči v on stavu. Odpoledne a k večeru udává, že je to lepší. Lépe spí. V noci

dojde na WC bez problémů. Hyperkineze jsou povětšinou neobtěžující. Zhoršení stavu ovlivnilo jeho pracovní aktivitu. U pacienta byla přidána medikace Staleva 100 mg a odebrán Requip 5 mg, jinak zůstala stejná.

Medikace:

Stalevo 100 mg tbl. 0-1-0 v 15:00

Pacient je v roce 2009 spokojen, po minulé úpravě terapie došlo ke zlepšení stavu, především v on stavu. Pacient je relativně dobře hybný, v noci hůře chodí i vstává. Ráno je ztuhlejší. Mívá freezingy zhruba 2x denně. Ranní off dystonie na levé dolní končetině trvají. Řeč je trochu zlepšena. Třes neměl. V noci a někdy dle on nebo off stavu mívá brnění dolních končetin. Proveden odběr krve a moče. Provedeno neurologické vyšetření. Pacient pracuje jako náhradník odpoledne ve škole. Pacient obdržel doporučení k fyzioterapeutovi. Medikace zůstala stejná.

Při vyšetření roku 2010 pacient udává, že od minule je stav podobný, trochu zhoršení ve větším kolísání on a off stavů. Jsou větší hyperkineze šijového svalstva a horních končetin v off stavu. Jsou větší problémy s chůzí, objevují se hesitace i freezingy. Komunikace horší, pacient trpí hypotonií. Doporučena návštěva logopeda. Přetrvává hypomimie. Objevuje se ztuhlost horních končetin, více na levé končetině. Třes na prstech levé horní končetiny většinou stresově pozoruje. U pacienta je poslední dobou problémem hypokineze, která je více v odpolední době. Z těchto důvodů, je pro pacienta stále těžší vykonávat běžné denní činnosti. Pacient je již v plném invalidním důchodu, ale jezdí na kole. Ke stávající medikaci byla přidána medikace Modutab a Leponex.

Medikace:

Modutab 2 mg tbl. 1-0-0

Indikace: Podává se současně s levodopou jako adjuvantní léčba.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Halucinace, somnolence, závrať, hypotenze, nauzea, bolest břicha, zvracení, zácpa, otoky nohou.

Leponex 100 mg tbl. 1- ½ -1

Indikace: U pacientů s psychotickými poruchami.

Kontraindikace: Epilepsie, alkohol, oběhové selhání, onemocnění ledvin a srdce, onemocnění jater, paralytický ileus.

Nežádoucí účinky: Zvýšená tělesná hmotnost, dysartie, neklid, únava, závratě, křeče, rozmazané vidění, tachykardie, synkopa.

Při návštěvě neurologa v roce 2011 pacient udává, že nastal problém v noci, kdy se nemůže dostat na WC, pak obtížně usíná kvůli ztuhlosti. On a Off stavy nejsou tak hluboké. Hyperkineze jsou většinou neobtěžující. Při chůzi mívá hesitace a freezingy cca 12 minut až 2x denně, jsou nepravidelné. Postavení pacienta se také zhoršilo. Přetrvává hypotonie a hypomimie, z tohoto důvodu navštěvuje logopeda. Přetrvává i třes víček tzv. blefarospasmus. Ke stávající medikaci byla přidána medikace Citalonu a Gabapentinu.

Medikace:

Citalon 20 mg tbl. 0-1-0

Indikace: Léčba depresivních epizod.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, užívání s MAO.

Nežádoucí účinky: Trombocytopenie, nechutenství, snížená tělesná hmotnost, nervozita, zmatenost, úzkost, somnolence, bolest hlavy, mydriáza, palpitace, zívání, průjem, zácpa, bolest břicha, zvracení, svědění, myalgie, polyurie, únava.

Gabapentin teva 400 mg tbl. v 8:00, 23:00 a 03:00

Indikace: K léčbě neuropatické bolesti.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Virové infekce, leukopenie, alergické reakce, zvýšená chuť k jídlu, hostilita, zmatenost, deprese, úzkost, závratě, somnolence, poruchy zraku, hypertenze, dušnost, kašel, bolest břicha, zácpa, sucho v ústech, otok obličeje, bolesti zad, impotence, periferní otoky.

Při kontrole v roce 2012 pacient udává, že mu vadí spíše ztuhlost a ranní off dystonie. Hyperkineze doma nejsou obtěžující. Mimika a řeč jsou pořád stejné, objevilo se nadměrné slinění. Ztuhlost horních končetin přetrvává v ranních hodinách. Pacient netrpí otoky ani halucinacemi. Chůze pomalá s malými krůčky s hesitací a freezingy. Pacient trpí hyperkinezí šjiového a obličejového svalstva až charakteru blefarospasmu. Byl doporučen na léčbu blefarospasmu botulotoxinem. Ke stávající medikaci byla přidána medikace Escitalopramu.

Medikace:

Escitalopram teva 10 mg tbl. v 13:00

Indikace: Léčba depresivních poruch.

Kontraindikace: Hypersenzitivita, léčba s inhibitory MAO.

Nežádoucí účinky: Trombocytopenie, nechutenství, snížení tělesné hmotnosti, úzkost, neklid, bolest hlavy, nespavost, tachykardie, nauzea, průjem, sucho v ústech, zvýšené pocení, impotence, únava.

Největším problémem v roce 2013 je pro pacienta ranní off dystonie, kterou si posunul Isicomem, poté došlo ke zlepšení. On a Off stavy nejsou příliš hluboké. Při chůzi má hescitaci, freezingy a také začal trpět propulzemi. Netrpí otoky ani halucinacemi. Zhoršila se mimika, řeč a také nadměrné slinění. Svalová ztuhlost a pohyby levé horní končetiny je také horší. Hyperkineze moc nemá. Pacient přibral 5 kg. Pacient 2x za 5 měsíců upadnul. Léčba blefarospasmu botulotoxinem měla výrazný oboustranný efekt, víčka nespírá.

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ v 7:00; v 11:00; v 16:00; ve 21:00

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

Akineton 2 mg tbl. 2-1-1

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Stalevo 150 mg tbl. 1-0-0 v 7:00

Stalevo 100 mg tbl. 0-1-0 v 15:00

Madopar 50/12,5 mg tbl. v 10:00 $\frac{3}{4}$ a v 12:00 $\frac{3}{4}$

Leponex 10 0mg tbl. 1-1-1

Gabapentin teva 400 mg tbl. v 8:00, ve 23:00 a v 03:00

Escitalopram teva 10mg tbl. v 13:00

V roce 2014 pacient trpí hyperkinezií. Vadí mu off stavy. Pacient chodí na rehabilitace. Když je pacient v pohybu, je to pro něj lepší. Poslední dobou mívá živé sny. Pacient jezdí často na kole, ale už 2x upadl. Řeč s hypotonií, objevuje se hypomimie. Ztuhlost horní končetiny častěji v ranních hodinách. Chůze s hescitací a freezingy. Doporučena další léčba botulotoxinem pro dystonické projevy šíje. Medikace zůstala stejná.

Pacient neudává v roce 2015 zhoršení stavů on a off a nejsou příliš hluboké. Mívá křečovitě stavy dolních končetin, které se objevují spíše dopoledne. Byla provedena aplikace botulotoxinu pro dystonické projevy šíje s dobrým efektem. Mívá bolesti zad, na které užívá paralen. Objevují se také živé sny. V noci se hůře zvedá z postele a také se na posteli hůře převrací na strany. A objevila se také zácpa, při které užívá Lactulosu nebo Gotalax .

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. 1- $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Stalevo 150 mg tbl. 1-0-0 v 7:00

Stalevo 100 mg tbl. 0-1-0 v 15:00

Madopar 50/12,5 mg tbl. v 10:00 $\frac{3}{4}$; v 12:00 $\frac{3}{4}$

Leponex 100 mg tbl. 1-1-1

Gabapentin teva 400 mg tbl. v 8:00; ve 23:00; v 03:00

Escitalopram teva 10 mg tbl. v 13:00

V roce 2016 pacient udává zhoršení postoje, z tohoto důvodu trpí nejistotou a úzkostí. Dále se pacientovi zhoršily živé sny. Byla přidána medikace Clozapinu, Venafaxinu, Corbilita a Pregabalin.

Medikace:

Clozapin 25 mg tbl. v 11:00; 13:00; 15:30; 19:00

Indikace: K léčbě pacientů s psychotickými poruchami.

Kontraindikace: Hypersenzitivita, snížená funkce kostní dřeně, alkohol, paralytický ileus, oběhové selhání, závažné onemocnění ledvin a srdce.

Nežádoucí účinky: Zvýšená tělesná hmotnost, dysartie, ospalost, rozmazané vidění, tachykardie, synkopa, zácpa, nauzea, zvracení, sucho v ústech, retence moče, pády, sepse.

Venlafaxin 75 mg tbl. v 9:00; v 11:00; v 13:00; v 15:00

Corbilta 20050/200 mg tbl. v 22:00; v 01:00; v 04:00

Pregabalin sandoz 150 mg tbl. v 9:00; v 15:00

V roce 2017 byla u pacienta provedena opakovaná aplikace botulotoxinu pro dystonické projevy šíjového svalstva a blefarospasmus. Výraznější deprese nemá. Pacient začal trochu více padat nebo musí pád vyrovnávat, ale na kole jezdí docela dobře. Pacient trpí bezděčným překotným pohybem dopředu. Také trpí dopaminovým dysregulačním syndromem. Porucha kontroly impulzů je ale malá. Při řeči je horší hypotonie a výslovnost, ale mimika a slinění jsou stejné. Mívá horší off stavy v odpoledních hodinách. Při chůzi se zhoršila otočka. Pacient objednan na léčbu pumpou duodopou do Prahy na extrapyramidové centrum. Objednan na léčbu pumpou duodopy z důvodu dlouho trvajících problémů. Problémy jsou porucha chůze s četnými freezingy, které jsou horší v off stavu, ale objevují se i v on stavu. Pro freezingy i pády, někdy pády bez freezingů, ale ne v on stavu. Porucha řeči, která je někdy nesrozumitelná, koktavá. Přes den kolísá, ale ne jednoznačně v závislosti na medikaci. Polékové dyskineze choreatického charakteru na končetinách a dystonického charakteru na šíji a obličejovém svalstvu. Všechny abnormální pohyby se zlepšují při odeznívání efektu medikace. Dochází na aplikaci botulotoxinu s dobrým efektem. Aktuálně je kolísání hybného stavu nepravidelné, přizpůsobuje se dávkování léků. Ráno je stav obvykle dobrý, efekt dávky vydrží cca 2 hodiny, odpoledne je stav celkově horší s častými off stavy. Celkový off stav se objevuje cca 3 hodiny denně. Dyskineze jsou prakticky kontinuální, ale intenzita je při odeznívání efektu dávky nižší. Halucinace nejuje, spánek má dobrý, noční akineze při pravidelném užívání léků snesitelná. Objevuje se pouze častější močení. Pociťuje lehčí zhoršování krátkodobé paměti. Nálada je slušná. Medikace zůstala stejná.

V roce 2018 byl v extrapyramidovém centru v Praze, kde bylo provedeno MR mozku, psychologické vyšetření před indikací pumpy duodopy. Pacient si sám adekvátně

drobně upravuje léčbu, začal lépe spát, takže přestal brát dávku v 04:00 a pozměnil trochu medikaci, ráno si bral Corbiltu a odpoledne posunul časy. Stav je podobný, relativně v rámci možností, nemá obtěžující hyperkineze, takže postupně vysadil Clozapin. Větším problémem jsou křeče, které ho budí nad ránem a kolem první ranní dávky. Dříve při mediaci 2x za noc toto bylo méně. V případě nemotorických potíží není žádné zhoršení stavu. Stav hybných komplikací kolísají. Přetrvává hypomimie a zhoršená řeč s nadměrným sliněním. Přetrvávají hyperkineze. Ztuhlost končetin se také zhoršila. Zhoršilo se postavení těla. Chůze je s výraznou hesitací, doma nosí berle, venku bez nich. U pacienta byla navážena váha 90,4 kg a změřena výška 180 cm. Doporučuje provedení L-Dopa testu, před léčbou pumpou duodopou.

Medikace:

Isicom 250/25 mg tbl. $\frac{3}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$

Cognitive 5 mg tbl. 1-1-0

PK-Merz 100 mg tbl. 1-1-1

Mirapexin 1 mg tbl. 1 $\frac{1}{2}$ -1-1 $\frac{1}{2}$

Madopar 50/12,5 mg tbl. v 10:00 $\frac{3}{4}$; v 12:00 $\frac{3}{4}$

Leponex 100 mg tbl. 1-1-1

Gabapentin teva 400 mg tbl. v 8:00; ve 23:00; v 03:00

Escitalopram teva 10 mg tbl. v 13:00

Clozapin 25 mg tbl. v 11:00; v 13:00; v 15:30; v 19:00

Venlafaxin 75 mg tbl. v 9:00; v 11:00; v 13:00; v 15:00

Pregabalin sandoz 150 mg tbl. v 9:00; v 15:00

V roce 2019 byl pacient plánovaně přijat do nemocnice, kde byl proveden levodopa test a následně vysazena medikace úplně. Byly provedeny základní testy UPDRS v on a off stavu. V Praze byla nejdříve zavedena NJS, po několika dnech, kdy došlo ke zlepšení stavu, byla provedena operace. V žaludku provádíme bodovou incizi na přední stěně žaludku. Na sondu připevněn vodič, sonda vytažena a na vodič připevněn PEG, který je standardním

způsobem umístěn. Stehem je utěsněno vyústění PEGu ze žaludku, vyvedeno vlevo. Pacient edukován o obsluze pumpy duodpy.

Medikace:

Madopar HBS 2 tbl. na noc

Venlafaxin 150 mg tbl. 1-0-0

Acidum folicum tbl. 1-0-0

Pregabalin santoz 150 mg tbl. 1-1-1

B-komplex forte tbl. 1-0-0

Corbilta 150 mg tbl. v 9:00; v 11:00; v 16:00; v 19:00; ve 22:00

Corbilta 200mg tbl. v 7:00; 13:00

Indikace: K léčbě Parkinsonovy nemoci s hybnými fluktuancemi.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, glaukom, feochromocytom, současné podávání s neselektivními a selektivními inhibitory, neuroleptický maligní syndrom.

Nežádoucí účinky: Anémie, nechutenství, deprese, halucinace, zmatenost, dyskineze, rozmazané vidění, srdeční poruchy, ortostatická hypotenze, hypertenze, dyspnoe, průjem, nauzea, vyrážka, bolesti svalů, bolesti na hrudi, chromaturie.

Isicom 250/25 mg ¼ tbl. v 7:00; v 9:00; v 11:00; v 13:00; v 16:00; v 19:00; v 22:00

Argofan 150 mg 1 tbl. v 8:00

Indikace: K léčbě depresivních poruch.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, podávání s IMAO.

Nežádoucí účinky: Nechutenství, nespavost, zmatenost, závrať, bolest hlavy, poruchy vidění, tachykardie, dyspnoe, nauzea, sucho v ústech, zácpa.

Lyrice 150 mg 1 tbl. v 8:00; v 12:00; v 18:00

Indikace: K léčbě neuropatické bolesti.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku.

Nežádoucí účinky: Nazofaryngitida, neutropenie, zvýšená chuť k jídlu, přecitlivělost, nespavost, zmatenost, závratě, bolest hlavy, rozmazané nebo dvojité vidění, srdeční poruchy, zvracení, nauzea, zácpa, sucho v ústech, průjem, vyrážka, svalové křeče, erektilní dysfunkce, otoky.

Pumpa duodopa: ranní dávka: 12 ml, kontinuální dávka: 5,6 ml/h, extra dávka: 2 ml

Po zavedení pumpy duodopy si v roce 2020 pacient napojuje pumpu cca v 6:30 v off stavu, do 30 min on stav, poté dopoledne dobré, ale odpoledne postupně horšení stavu, kdy nejhorší je večer před odpojením. Odpojuje kolem 22:00, kdy už je kapsle prázdná. Pacientova nálada je dobrá, psychické komplikace neudává. Extra dávky moc nedává kvůli hraniční dávce pro 1 kazetu. Trpí nespavostí. Kontinuální dávka je od 6:00 do 22:00, kdy si dává 5,3 ml. Ztuhlost se zlepšila. Hypokineze úplně vymizely. Chůze je relativně slušná. Okolí PEGu je klidné, jizva taky. Celkový stav je středně zlepšen. Nálada pacienta je dobrá, psychické komplikace neudává. Trpí nespavostí kvůli noční akinezi, kdy se budí ve 03:00. Pacient trpí osamělostí, protože se stydí s někým stýkat.

Medikace:

Madopar HBS 2 tbl. na noc

Venlafaxin 150 mg tbl. 1-0-0

Acidum folicum tbl. 1-0-0

Pregabalin santoz 150 mg tbl. 1-1-1

B-komplex forte tbl. 1-0-0

Corbilta 150 mg tbl. v 9:00; v 11:00; v 16:00; v 19:00; ve 22:00

Corbilta 200 mg tbl. v 7:00; v 13:00

Isicom 250/25 mg ¼ tbl. v 7:00; v 9:00; v 11:00; v 13:00; v 16:00; v 19:00; ve 22:00

Argofan 150 mg 1 tbl. v 8:00

Lyrica 150 mg 1 tbl. v 8:00; ve 12:00; v 18:00

Pumpa duodopa: ranní dávka: 12 ml, kontinuální dávka: 5,9 ml/h, extra dávka: 3 ml

14.1 Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb

Potřeba výživy a hydratace

Deficit sebezpečí při stravování (00102)

Z důvodu třesu levé horní končetiny.

Cíl: Pacient získá schopnost sebezpečí při stravování.

Intervence:

Zhodnot' úroveň soběstačnosti.

Doporuč pacientovi vhodnou polohu k jídlu.

Doporuč zajištění pomoci v případě nesoběstačnosti.

Doporuč zajištění potřebných pomůcek k jídlu.

Edukuj pacienta o dbání na dostatek tekutin při jídle.

Doporuč zajištění dostatku času.

Doporuč pacientovi úpravu kuchyně např.: koření, kuchyňské náčiní, lednička a mikrovlnka v úrovni očí.

Hodnocení: Pacient je soběstačný. Občasně potřebuje pomoc s otevřením, jinak vše zvládá sám.

Narušené polykání (00103)

Z důvodu suchosti v ústech.

Cíl: Pacient polyká stravu bez potíží v malých dávkách.

Intervence:

Informuj pacienta o riziku aspirace a prevenci aspirace.

Doporuč pacientovi vhodnou polohu.

Edukuj pacienta o dbání na dostatek tekutin při jídle.

Doporuč zajištění pomoci v případě nesoběstačnosti.

Doporuč zajištění vhodné konzistence stravy.

Informuj lékaře a pacienta o možnosti logopedického konzilia.

Hodnocení: Pacient přijímá stravu bez potíží.

Potřeba vyprazdňování

Chronická funkční zácpa (00235)

Zácpa je způsobena vlivem dlouhodobého užívání léků, které ji mají jako nežádoucí účinek.

Cíl: Pacient se bude vyprazdňovat aspoň 1x za 3 dny.

Intervence:

- Doporuč aktivizaci pacienta.
- Edukuj pacienta o dbání dostatečného příjmu tekutin.
- Doporuč zajištění dostatku vlákniny ve stravě.
- Edukuj o užívání laxativ; Doporuč sledování účinků laxativ.
- Edukuj o sledování frekvence a charakteru stolice.
- Doporuč zajištění soukromí při vyprazdňování.

Hodnocení: Pacient dodržoval dostatečnou aktivitu. Stolice byla 1x za 3 dny a nebyla bolestivá.

Potřeba spánku a energie

Nespavost (00095)

Pacient trpí nespavostí z důvodu noční akineze.

Cíl: Pacient bude spát minimálně 6 hodin v kuse.

Intervence:

- Doporuč pacientovi vhodné návyky a způsob usínání pacienta.
- Doporuč zajištění klidného prostředí ke spánku.
- Upozorni pacienta na nevhodné pospávání během dne.
- Doporuč pacientovi, aby dodržoval dostatek aktivit během dne.
- Doporuč, aby měl při živých snech rozsvícenou stolní lampičku.
- Edukuj pacienta o relaxačních metodách.

Hodnocení: Pacient měl během dne dostatek aktivity a v noci se mu líp spí.

Únava (00093)

Z důvodu nevyspání, nedostatku energie.

Cíl: Pacient se cítí odpočatý, má více energie a ví, jak s únavou bojovat

Intervence:

Doporuč pacientovi, aby se zaměřil na kvalitu spánku.

Seznam pacienta o způsobu šetření energie během dne.

Doporuč zajištění dostatku aktivit, které pomáhají proti únavě.

Hodnocení: Pacient není během dne unavený.

Potřeba hygieny

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Pacient občas z důvodu třesu a ztuhlosti potřebuje dopomoc při hygieně.

Cíl: Pacient bude vykonávat hygienu dle svých možností a zdravotním stavu.

Intervence:

Doporuč zajištění pomoci při vykonávání hygieny.

Doporuč zajištění soukromí a bezpečnosti, například madla ve sprše, protiskluzové podložky.

Doporuč pacientovi, aby pravidelně měnil prádlo.

Doporuč pacientovi, aby prováděl pravidelnou péči o kůži.

Doporuč pacientovi, aby pravidelně pečoval o dutinu ústní.

Doporuč pacientovi vhodné pomůcky, např.: elektrický kartáček, elektrický holicí strojek, umělohmotná židle ve sprše, madla ve sprše.

Hodnocení: Pacient zvládá hygienu sám nebo s dopomocí.

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Z důvodu třesu a ztuhlostí rukou.

Cíl: Pacient bude zvládat oblékání dle svých možností a aktuálního zdravotního stavu

Intervence:

Doporuč pacientovi realizaci nácviku oblékání.

Doporuč dopomoc dle potřeby.

Doporuč rodině, aby pacienta podporovali při oblékání.

Doporuč pacientovi vhodné oblečení např.: vhodná protiskluzová obuv, volné oblečení, nylonové spodní prádlo, místo knoflíků suchý zip.

Doporuč zajištění dostatku času na oblékání.

Hodnocení: Pacient je soběstačný, oblékání zvládá sám nebo s malou dopomocí.

Potřeba zvládnání zátěže

Úzkost (00146)

Související s nedostatkem kontaktu s okolím.

Cíl: U pacienta dojde ke zmírnění úzkosti.

Intervence:

Doporuč rodině, aby pacientovi naslouchala.

Doporuč pacientovi vhodné aktivity.

Doporuč pacientovi skupinu Parkinsoniků.

Informuj lékaře a v případě nutnosti kontaktujte odborníka.

Hodnocení: Pacient byl méně úzkostlivý, když s ním byla rodina.

Potřeba bezpečnosti

Riziko infekce (00004)

Z důvodu zavedení PEGu.

Cíl: Předejít výskytu infekce v místě zavedení PEGu.

Intervence:

Edukuj pacienta o péči PEGu.

Edukuj pacienta o dostatečné hygieně.

Doporuč pacientovi, aby dodržoval dostatečnou hydrataci a výživu.

Edukuj pacienta o rizikových faktorech vzniku infekce.

Hodnocení: Pacient udržuje doporučení.

Riziko suchého oka (00291)

Z důvodu blefarospasmu.

Cíl: Pacient nebude trpět suchým okem.

Intervence:

Doporučte vhodné oční kapky nebo oční masti.

Edukujte pacienta o dodržování hygieny obličeje.

Edukujte pacienta o potřebě dostatku tekutin.

Hodnocení: Pacient výrazně netrpí suchostí oka.

Riziko pádu (00155)

V souvislosti s onemocněním, z důvodu třesu a ztuhlosti, hlavně v nočních hodinách.

Cíl: U pacienta nebude docházet k pádům.

Intervence:

Edukuj o používání vhodné protiskluzové obuvi.

Doporuč pacientovi používání nočního světla.

Doporuč vhodné kompenzační pomůcky k chůzi.

Doporuč úpravu bytu; Doporuč odstranění překážek z okolí.

Doporuč pomůcky proti pádu z postele, např.: postranice.

Hodnocení: U pacienta v poslední době nedošlo k pádu.

Potřeba pohodlí

Chronická bolest (00133)

Z důvodu bolesti zad.

Cíl: Pacientovi nebudou bolesti zad překážet v běžných denních činnostech

Intervence:

Doporuč monitorování charakteru, intenzity a lokalizace.

Informuj pacienta o možnostech tlumení bolesti.

Edukuj pacienta o ambulanci bolesti.

Doporuč masáže zad za pomoci mastiček.

Hodnocení: Pacient má bolesti zad dlouhodobě. Léky na tlumení bolesti užívá jenom zřídka. Pomáhá cvičení a masáže zad, kterou provádí rodina.

Potřeba aktivit a cvičení

Narušená chůze (00088)

Z důvodu zpomaleného tempa chůze, malých krůčků, šouravé chůze a zhoršených otoček.

Cíl: Pacient zlepší svoji chůzi a bude jistější.

Intervence:

Informuj pacienta o rizicích pádu.

Doporuč pacientovi dopomoc při běžných denních činnostech.

Spolupracuj s rodinou při zajištění vhodné obuvi.

Doporuč vhodné kompenzační pomůcky.

Hodnocení: Pacient chodil sám, občasně s dopomocí. Používal kompenzační pomůcku berle, které mu zajistily pocit jistoty.

Narušený postoj (00238)

Z důvodu bolesti zad.

Cíl: Pacient bude schopen vydržet stát.

Intervence:

Doporuč pacientovi fyzioterapeuta.

Doporuč pacientovi masáže.

Doporuč pacientovi vhodnou aktivitu.

Edukuj pacienta o dodržování cvičení dle fyzioterapeuta.

Doporuč rodině, aby pacienta motivovala ke cvičení.

Navrhni rodině, že můžou cvičit s pacientem.

Hodnocení: Pacient je schopen vydržet delší dobu stát a dodržuje cvičení dle fyzioterapeuta.

Narušená pohyblivost na lůžku (00091)

Z důvodu snížené pohyblivosti.

Cíl: Pacient bude schopen se na lůžku otočit

Intervence:

Doporuč pacientovi vhodného fyzioterapeuta.

Edukuj o správném a bezpečném přesouvání na lůžku.

Doporuč pacientovi vhodné pomůcky, např.: matraci, postranici.

Doporuč pacientovi, aby dodržoval cvičení dle fyzioterapeuta.

Hodnocení: Pacient je schopen se na lůžku otočit.

Potřeba komunikace

Narušená verbální komunikace (00051)

Cíl: Pacient bude schopen rodině sdělit své potřeby

Intervence:

Doporuč rodině logopeda.

Doporuč rodině, aby pacientovi naslouchala.

Doporuč rodině, aby na pacienta mluvila pomalu a srozumitelně.

Doporuč pacientovi, aby trénoval své mimické svaly před zrcadlem.

Doporuč rodině, aby pacienta naučila gesta, která pomohou při komunikaci.

Hodnocení: Pacient je schopen sdělit své potřeby rodině.

Sociální potřeba

Riziko osamělosti (00054)

Cíl: Pacient bude mít zájem o kontakt s okolím a o rodinu.

Intervence:

Doporuč pacientovi kontakt s rodinou a přáteli.

Doporuč pacientovi skupinu parkinsoniků.

Doporuč pacientovi, aby se zapojoval do činností v rodině.

Doporuč pacientovi dostatek podnětů, např.: knihy.

Hodnocení: Pacient se zapojil do organizace parkinsoniků.

15 KAZUISTIKA 3

Základní informace

Jméno: ZZ

Pohlaví: žena

Věk: 60 let

Národnost: česká

Povolání: důchodce

Kontaktní osoba: dcera

Stav: vdova

Vyznání: bez vyznání

Osobní anamnéza

Pacientka vyrůstala v rodinném domku s matkou a 3 sourozenci. Otec je opustil, když byla malá. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Pacientka trpí diabetem melitem, který léčí perorálními antidiabetiky. Také trpí dyslipidemií, která je léčena. Ve 30 letech podstoupila operaci ramene z důvodu natržení rotátorové manžety.

Rodinná anamnéza

Pacientka je vdova. Manžel zemřel na rakovinu plic. Má jednu dceru, která je zdravá. Dcera pracuje jako zdravotní sestra a o pacientku se stará. Matce pacientky je 91 let a je stále naživu, trpí artritidou, jinak je zdravá. S otcem se již od dětství nestýká. Má 3 bratry. Jeden bratr se také léčí s diabetem melitem, ostatní jsou zdraví. Sledovaná onemocnění kromě diabetu a onkologického onemocnění v anamnéze neudává. V rodině se nepotvrdilo, že by nějaký člen rodiny trpěl Parkinsonovou chorobou.

Sociální anamnéza

Pacientka byla vdaná 21 let. Momentálně je vdova. Žije s dcerou v bytě. Dcera je zdravotní sestra, ale už se o pacientku nezvládá sama postarat.

Pracovní anamnéza

Dříve pracovala jako učitelka v mateřské škole, nyní je již v invalidním důchodu.

Alergická anamnéza

Pacientka uvádí, že trpí alergií na prach a pyl.

Abúzus

V mládí kouřila, momentálně již nekouří. Drogy nikdy nebrala. Alkohol pila vždy jen příležitostně, v současné době alkohol nepije. Kávu dříve pila po každém jídle, v poslední době kávu omezila na jednu denně.

Diagnóza

Stav po operaci ramene.

Parkinsonova nemoc s relativně časným vznikem psychotických komplikací.

Deprese

Parkinsonská demence

Diabetes melitus

Průběh onemocnění

U pacientky se první obtíže projeví v roce 2016, kdy si všimla lehkého klidového nebo stresového třesu na pravé horní končetině. Z důvodu stresu ve svém povolání raději zašla ke své praktické doktorce, která pacientce vystavila žádanku na neurologické vyšetření. Při cíleném neurologickém vyšetření bylo zjištěno, že pacientka trpí Parkinsonovou chorobou. Po nasazení dopaminergní medikace se stav zlepšil. Pacientka ale nedodržovala přesně stanovenou medikaci. V některých dnech si léky nebrala vůbec a následně vysadila léky úplně. Na neurologické kontroly nejdříve chodila pravidelně, následně přestala chodit úplně.

V roce 2017 se u pacientky začaly objevovat halucinace, které byly vizuální a smyslové. Halucinace se objevovaly i po vysazení agonistů dopaminu. Pacientka dále udává, že se u ní objevilo svírání prstů. Dcera udává zhoršení potíží a večerní zmatenost. Mimovolní pohyby se u pacientky neobjevují. Po ranní medikaci, udává pozitivní efekt. Pacientce byla upravena medikace.

Medikace

Stalevo 150 mg 5x1 tbl. v 7:00; v 10:00; v 13:00; v 16:00; v 19:00

Madopar HBS 2 tbl. večer

Exelon náplast 9,5 mg 1x1

Indikace: K léčbě Alzheimerovy demence.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, předchozí reakce v místě předchozí aplikace.

Nežádoucí účinky: Nechutenství, dehydratace, halucinace, deprese, úzkost, infekce močových cest, bolest hlavy, synkopa, závratě, srdeční poruchy, vyrážka.

Leponex 25 mg tbl. 0-0-1-1

Argofan 150 mg tbl. 1x1

Lyrica 150 mg tbl. 1-0-1

Simvastatin mylan 20 mg tbl. 0-0-1

Indikace: K léčbě dyslipidémie.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, onemocnění jater, těhotenství, kojení.

Nežádoucí účinky: Anémie, anafylaxe, bolest hlavy, závratě, rozmazané vidění, zácpa, bolest břicha, nauzea, zvracení, průjem, vyrážka, svědění.

Metformin 500 mg tbl. 0-0-1

Indikace: K léčbě diabetu melitu.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, metabolická acidóza, diabetické prekóma, selhání ledvin, srdeční nebo plicní onemocnění, porucha funkce jater.

Nežádoucí účinky: Poruchy chuti, nauzea, zvracení, průjem, bolest břicha, nechutenství, kopřivka.

V roce 2019 se stav pacientky zhoršil. Půl hodiny po dávce se u pacientky objevilo zpomalení tempa řeči, myšlení a duševní činnosti. Pacientka odpoví jen jednoslovně. Objevilo se zhoršení halucinací, kdy pacientka vidí osoby v bytě i venku například vojáky, děti apod. Zhoršila se také demence. Pacientka se hůře soustředí na zadaný úkol. Objevila se výrazná hypomimie. Chůze je výrazně zpomalená, vážnou otočky. Medikace zůstala stejná.

V roce 2020 se stav pacientky výrazně zhoršil. Pacientka trpí depresivní poruchou a parkinsonickou demencí, kdy se zhoršila zmatenost. U pacientky se objevila verbální agresivita a poruchy chování. U pacientky se zhoršily halucinace, které jsou zrakové a mají dopad na chování i emotivitu. Pacientka vidí dráty vycházející z prstů, z tohoto důvodu se zvýšilo riziko sebepoškozování, dále vidí osoby v bytě a obvinuje dceru, že je s nimi společená. Pacientka trpí noční delirií, při které si svléká pleny a močí na postel. Zhoršila se chůze pacientky, častěji zakopává a z tohoto důvodu 1x až 2x týdně padá. Při stožení už také není stabilní. Mívá bolesti v dolních končetinách a prstech pravé dolní končetiny. Výrazně se zhoršila hybnost a objevily se svalové záškuby, třes a bolestivé křeče pravé horní končetiny. Pacientka mívá pocit svírání žaludku, ale chuť k jídlu má dobrou.

Medikace

Madopar HBS 2 tbl. večer

Exelon náplast 9,5 mg 1x1

Leponex 25 mg tbl. 0-0-1-1

Argofan 150 mg tbl. 1x1

Lyrica 150 mg tbl. 1-0-1

Simvastatin mylan 20 mg tbl. 0-0-1

Metformin 500mg tbl. 0-0-1

Rivotrilu 2,5 mg/ml 4 kapky

Madopar 200 mg/50mg tbl. 1- $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ - $\frac{3}{4}$ v 7:00, v 10:00, v 13:00, v 16:00, v 19:00

Dormicum 7,5 mg $\frac{1}{2}$ tbl

Indikace: K léčbě nespavosti.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, onemocnění myasthenia gravis, těžká respirační insuficience, syndrom spánkové apnoe, porucha funkce jater.

Nežádoucí účinky: Zmatenost, dezorientace, poruchy emocí, neklid, halucinace, ospalost, bolest hlavy, závratě, srdeční selhání.

Isicom 100 mg rozpustit do vody

Apaurin 10 mg inj. ½ amp. i. m.

Indikace: Stavy úzkosti a rozrušení.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, glaukom, respirační insuficience, intoxikace alkoholem, syndrom spánkové apnoe, jaterní onemocnění.

Nežádoucí účinky: Svalová slabost, kožní reakce, nauzea, hypotenze, arytmie, diplopie, halucinace, deprese.

V listopadu roku 2020 se stav pacientky zhoršil. Už vůbec nechodí, je upoutána na lůžko. Je neklidná, zrakové halucinace se zhoršily ve smyslu, že vidí svého mrtvého manžela. Zvýšilo se riziko sebepoškození z důvodu halucinace. Pacientka je plně inkontinentní z důvodu upoutání na lůžko. Pacientka potřebuje pomoc při hygieně, oblékání a stravování. Pacientka podstoupila psychiatrické vyšetření, kde byla diagnostikována deprese a parkinsonská demence.

Psychiatrické vyšetření

Pacientka je vigilní, téměř plně orientovaná, spletla jen měsíc. Snaží se spolupracovat. Oční kontakt nenavazuje. Pacientka má depresivní náladu. Pacientka trpí neschopností prožívat kladné emoce a city, také má neschopnost těšit se z příjemností a dále trpí neschopností radovat se. Pacientka je úzkostná, tenzní, roztřesená a ztuhlá. Trpí hypomimií a je emočně výrazně oploštěná. Myšlení pacientky je obsahově chudé. Je bez bludů. Odpovídá stručně a jednoslovně. Řeč je tichá s poruchou artikulací. Trpí poruchou polykání. Pacientka trpí zácpou, kterou léčí Lactulosou. V poslední době hodně zhubla. Pacientka svoje zrakové halucinace bagatelizuje. Její kognitivní funkce jsou narušeny nerovnoměrně. Hůře se soustředí. Byl proveden test MMSE s 22 body. Byl proveden test hodin, kdy bylo nerovnoměrné rozložení číslic a ručiček. Pacientka nevysvětlí přísloví, ani neví, kdo je prezident.

Dcera se o pacientku stará dobře, pacientka je čistá a upravená. Pacientka je slabá. Netrpí klidovou dušností. Kožní turgor je přiměřený, bez ikteru a cyanózy. Má drobné jizvy

na pravém rameni po operaci. Vlasy jsou prošedivělé a nehty upravené. Hlava pokleповě nebolí. Trpí hypomimií s mastným vzhledem kůže. Zornice jsou isokorické a reagují na osvit. Jazyk pláží málo a středem, je vlhký a nepovleklý. Šíje je volná. Štítná žláza nehmatná. Hrudník je symetrický. Dýchání čisté sklípkové. Srdeční aktivita je pravidelná. Pacientka má slabý, krátký systolický šelest nad dolní částí sternu. Břicho je měkké prohmatné, nebolestivé, bez resistance a bez jizev. Poklep na trny obratlové nebolí. Dolní končetiny jsou bez otoků a bez známek tromboembolické nemoci. Na horních končetinách je viditelná výrazná svalová rigidita. Chůze a stoje je pacientka neschopna.

Ošetrovatelská anamnéza

P: 84/min

SpO₂: 96 %

Váha: 52 kg

TK: 143/87 mmHg

TT: 36,7 °C

BMI: 19,57

D: 17/min

Výška: 163 cm

Medikace

Madopar HBS 2 tbl. večer

Exelon náplast 9,5 mg 1x1

Leponez 25mg tbl. 0-0-1-1.

Argofan 150 mg tbl. 1x1

Lyrice 150 mg tbl. 1-0-1

Simvastatin mylan 20 mg tbl. 0-0-1

Metformin 500 mg tbl. 0-0-1

Rivotrilu 2,5 mg/ml 4 kapky

Dormicum 7,5 mg ½ tbl

Isicom 100 mg rozpustit do vody

Apaurin 10 mg inj. ½ amp. i. m.

Nakom 125 mg tbl. v 14:00

Indikace: K léčbě Parkinsonovy choroby.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku, glaukom, u pacientů s kožními lézemi nebo s melanomem, současné podávání se selektivními inhibitory.

Nežádoucí účinky: Anorexie, halucinace, zmatenost, závratě, deprese, noční můry, dyskineze, palpitace, ortostatická hypotenze, nauzea, zvracení, sucho v ústech, edém, slabost, tmavá moč.

Lactulosa 5 ml, při zácpě

15.1 Diagnostika, plánování a realizace ošetrovatelských problémů a potřeb

Potřeba výživy

Deficit sebezpečí při stravování (00102)

Z důvodu třesu pravé horní končetiny.

Cíl: Pacientka získá schopnost sebezpečí při stravování.

Intervence:

Zhodnot' úroveň soběstačnosti.

Doporuč vhodnou polohu k jídlu.

Doporuč v případě nesoběstačnosti pomoc.

Doporuč vhodné pomůcky k jídlu např.: těžké příbory, plastové misky a protiskluzové gumové podložky.

Doporuč dbání na dostatek tekutin při jídle.

Doporuč přípravu vhodné konzistence stravy, nejlépe jídla, která nevyžadují používání nože a vidličky.

Hodnocení: Pacientka se snaží být soběstačná. Občasně potřebuje pomoc.

Narušené polykání (00103)

Z důvodu suchosti v ústech.

Cíl: Pacientka polyká stravu bez potíží v malých dávkách.

Intervence:

- Informuj pacientku a rodinu o riziku aspirace a prevenci aspirace.
- Doporuč přesný stravovací plán.
- Doporuč vhodnou polohu; Doporuč dbání na dostatek tekutin při jídle.
- Doporuč dle potřeby pomoc; Doporuč zajištění dostatku času k jídlu.
- Doporučte přípravu vhodné konzistence stravy.
- Doporuč minimalizaci rušivých elementů např.: vypnout televizi.
- Informuj lékaře a pacientku o možnosti logopedického konzilia.

Hodnocení: Pacientka přijímá stravu bez potíží.

Riziko sucha v ústech (00261)

Riziko sucha v ústech je způsobeno vlivem užívání léků, které mají sucho v ústech jako nežádoucí účinek.

Cíl: Pacientka nepocítí sucho v ústech, které se může objevit jako nežádoucí účinek léčby.

Intervence:

- Edukuj o dostatečném příjmu tekutin.
- Doporuč rodině, aby dbala dostatečné ústní hygieny.
- Doporuč rodině, aby pacientka nekouřila a nepila alkohol.

Hodnocení: Pacientka trpí suchostí v ústech jenom občas.

Potřeba vyprazdňování

Chronická funkční zácpa (00235)

Zácpa je způsobena vlivem dlouhodobého užívání léků, které ji mají jako nežádoucí účinek.

Cíl: Pacientka se bude vyprazdňovat aspoň jednou za 3 dny.

Intervence:

- Doporuč aktivizaci pacienta.
- Doporuč zajištění dostatečného příjmu tekutin.

Doporuč dostatek vlákniny ve stravě.
Edukuj o podávání laxativ dle doporučení lékaře.
Doporuč sledování účinků laxativ.
Doporuč sledování frekvence a charakteru stolice.
Doporuč zajištění soukromí při vyprazdňování.

Hodnocení: Pacientce byla podávána Lactulosa. Stolice byla jednou za 3 dny a nebyla bolestivá.

Reflexní inkontinence moči (00018)

Z důvodu imobilizace.

Cíl: U pacientky dojde k minimalizaci potíží.

Intervence:

Doporuč vhodné jednorázové pomůcky a včasnou výměnu.
Zaveď a pravidelně vyměňuj permanentní močový katetr.
Edukuj o vhodné hygieně s permanentním močovým katetrem.
Doporuč regulaci příjmu tekutin, hlavně před spaním.

Hodnocení: Výměna jednorázových pomůcek probíhá pravidelně. Hygiena permanentně močového katetru byla dostačující. Nebyla objevena žádná močová infekce.

Deficit sebeděže při vyprazdňování (00110)

Související s neschopností chůze.

Cíl: Pacientka se bude snažit oznámit, kdy dojde ke stolici.

Intervence:

Doporuč zajištění soukromí během vyprazdňování.
Doporuč zajištění dostatku hydratace.
Doporuč péči o kůži.
Doporuč vhodné jednorázové pomůcky.
Doporuč opatření proti vzniku dekubitů.
Doporuč, aby měla pacientka vždy čistou a suchou pokožku.
Doporuč častou výměnu prádla.

Hodnocení: Pacientka nedokáže oznámit, kdy bude stolice.

Potřeba spánku

Nespavost (00095)

Pacientka trpí nespavostí z důvodu nočních delirií.

Cíl: Pacientka bude spát minimálně 6 hodin v kuse.

Intervence:

Doporuč zajištění návyků a způsobů usínání pacienta.

Doporuč zajištění klidného prostředí ke spánku.

Upozorni rodinu na nevhodné pospávání během dne.

Doporuč zajištění dostatečné aktivity během dne.

Edukuj pacienta o relaxačních metodách.

Hodnocení: Pacientka měla během dne dostatek aktivity

Potřeba aktivit a cvičení

Narušená tělesná pohyblivost (00085)

Z důvodu imobilizace.

Cíl: Pacientka bude na lůžku aktivně cvičit.

Intervence:

Doporuč rodině fyzioterapeuta.

Edukuj rodinu o používání kompenzačních pomůcek.

Edukuj o aktivizaci pacientky bez pomoci fyzioterapeuta.

Hodnocení: Pacientka se na lůžku snaží cvičit.

Potřeba hygieny

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Z důvodu třesu a neschopnosti chůze.

Cíl: Pacientka bude pomáhat při hygieně.

Intervence:

Zhodnot' úroveň sebepéče.

Doporuč zajištění pomoci při vykonávání hygieny.

Doporuč zajištění soukromí a bezpečnosti.

Edukuj rodinu o trpělivosti a empatii při poskytování hygieny.

Edukuj rodinu o péči o kůži.

Edukuj o zajištění pravidelné péče o dutinu ústní.

Doporuč vhodné individuální pomůcky např.: vhodné pomůcky na holení, elektrický kartáček.

Hodnocení: Pacientka pomáhá při hygieně.

Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Z důvodu třesu horní končetiny.

Cíl: Pacientka bude pomáhat při oblékání dle svých možností a aktuálního zdravotního stavu

Intervence:

Zhodnot' úroveň sebepéče.

Edukuj o nácviku oblékání.

Doporuč dopomoc dle potřeby.

Edukuj rodinu, že podpora pacienta je při oblékání důležitá.

Doporuč rodině vhodné oblečení pro pacienta např.: větší velikost, saténové pyžamo, nylonové spodní prádlo, oblečení s pružným pasem a se suchým zipem.

Dej rodině rady na oblékání.

Doporuč na počkání vhodné doby.

Hodnocení: Pacientka se snaží pomáhat s oblékáním.

Potřeba vnímání a komunikace

Chronická zmatenost (00129)

Z důvodu demence.

Cíl: Je zajištěna bezpečnost pacientky a rodina zmatenost akceptuje

Intervence:

Doporuč rodině, aby pacientku udržovali v realitě.

Doporuč sledování projevů, které by mohly vést k sebepoškození.

Edukuj rodinu o možnostech bezpečnosti pacientky např: postranice u lůžka.

Doporuč rodině, aby s pacientkou neustále komunikovali.

Hodnocení: Byla zajištěna bezpečnost pacientky a rodina s pacientkou komunikovala.

Narušená paměť (00131)

Z důvodu demence.

Cíl: Pacientka bude pracovat na své paměti.

Intervence:

Edukuj rodinu o posilování paměti, např.: křížovky.

Edukuj rodinu o podávání léků na paměť dle doporučení lékaře.

Hodnocení: Pacientka pracuje s rodinou na své paměti pomocí křížovek, her, atd.

Narušená verbální komunikace (00051)

Z důvodu demence a hypomimie.

Cíl: Pacientka bude schopna rodině sdělit své potřeby.

Intervence:

Doporuč rodině vhodného logopeda.

Doporuč rodině, aby pacientce naslouchala.

Doporuč rodině, aby na pacientku mluvila pomalu a srozumitelně.

Doporuč rodině, aby pacientku naučila gesta, která pomohou při komunikaci.

Hodnocení: Pacientka je schopna sdělit své potřeby rodině.

Potřeba bezpečnosti

Riziko vzniku dekubitů (00249)

Z důvodu imobilizace.

Cíl: Pacientka nebude mít dekubity

Intervence:

Edukuj rodinu o polohování.

Edukuj rodinu o používání pomůcek, např.: antidekubitární matrace.

Edukuj rodinu o používání mastí.

Doporuč časnou výměnu jednorázových pomůcek i ložního prádla.

Hodnocení: Pacientka nemá dekubity.

Riziko narušené integrity kůže (00047)

Z důvodu imobilizace.

Cíl: Pacientka nebude mít narušenou integritu kůže.

Intervence:

Edukuj o hygieně kůže a genitálu.

Doporuč vhodné oblečení.

Doporuč pravidelnou kontrolu kůže.

Doporuč masti na kůži.

Edukuj o polohování.

Edukuj o zachování kůže čisté a suché.

Hodnocení: Pacientka nemá narušenou integritu kůže.

Potřeba pohodlí

Chronická bolest (00133)

Z důvodu bolesti končetin

Cíl: Pacientce nebudou bolesti rukou překážet v běžných denních činnostech.

Intervence:

- Monitoruj charakter, intenzitu a lokalizaci.
- Informuj pacientku o možnostech tlumení bolesti.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře.
- Sleduj účinek analgetik.
- Prováděj masáž zad pomocí mastiček.

Hodnocení: Pacientka má bolesti zad dlouhodobě. Obvykle žádné léky na tlumení bolesti neužívá. Pomáhá cvičení a masáže zad, kterou prováděl ošetrovatelský personál.

Potřeba zvládnání zátěže

Úzkost (00146)

Související s halucinacemi.

Cíl: U pacientky dojde ke zmírnění úzkosti.

Intervence:

- Doporuč rodině, aby pacientce naslouchala.
- Doporuč rodině aktivity pro pacientku.
- Doporuč rodině pacientky skupinu parkinsoniků.
- Informuj lékaře a v případě nutnosti kontaktujte odborníka.

Hodnocení: Pacientka byla méně úzkostlivá, když s ní byla rodina.

16 MAPA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Na základě dat získaných z vypracovaných kazuistik jsme vytvořili mapu ošetřovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. Vypracovaná mapa obsahuje nejzákladnější, přesto dle mého názoru důležité úkony prováděné všeobecnou sestrou a zdravotnickým personálem v průběhu ošetřovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou. Mapa obsahuje ošetřovatelskou péči během hospitalizace. Kromě ošetřovatelských diagnóz, cílů a ošetřovatelských intervencí, jsme na konci mapy vymezili místo pro další záznamy nebo poznámky, které by ošetřovatelský personál chtěl do mapy přidat.

Tabulka 1: Mapa ošetřovatelské péče

Mapa ošetřovatelské péče o pacienta s Parkinsonovou chorobou		
Ošetřovatelské diagnózy	Cíle	Ošetřovatelské intervence
Deficit sebepéče <ul style="list-style-type: none"> • oblékání • koupání • stravování • vyprazdňování 	Pacient bude spolupracovat v oblasti sebepéče Pacient zvládne sebeobsluhu dle svých možností	Zhodnot' u pacientů úroveň sebepéče dle Barthelova testu Dopomáhej dle potřeby při vykonávání denních činností Realizuj sebepéči při vykonávání denních činností až v tzv. stavu on, kdy se předpokládá největší spolupráce pacienta Zajisti dostatek času Realizuj nácvik denních činností. Využij vhodné kompenzační pomůcky Stravování: Protiskluzové podložky pod talíře, plastové hrníčky, brčka, vhodné příbory Hygiena: Elektrické kartáčky na zuby a elektrický holicí strojek
Narušené stravování <ul style="list-style-type: none"> • porucha polykání • riziko sucha v ústech 	Pacient bude polykat stravu v malých dávkách a bez velkých potíží Pacient nebude trpět suchostí v ústech	Informuj pacienta o riziku a prevenci aspirace Zajisti vhodnou polohu během stravování Zajisti vhodnou konzistenci stravy

		<p>Zajisti dostatek tekutin během stravování</p> <p>Zajisti dostatečnou ústní hygienu</p>
<p>Narušené vyprazdňování</p> <ul style="list-style-type: none"> • chronická funkční zácpa • reflexní inkontinence moče 	<p>U pacienta bude vyprazdňování pravidelné a bezbolestné</p> <p>U pacienta dojde k minimalizaci potíží při močení</p>	<p>Zajisti dostatek tekutin</p> <p>Zajisti vhodnou stravu s dostatkem vlákniny</p> <p>Aktivizuj pacienta</p> <p>Podávej laxativa dle ordinace lékaře</p> <p>Sleduj účinky laxativ</p> <p>Sleduj charakter a frekvenci stolice</p> <p>Zajisti včasnou pomoc při přesunu na WC</p> <p>Zajisti permanentní močový katetr</p> <p>Zajisti pravidelnou hygienu PMK</p> <p>Zajisti pravidelnou výměnu PMK</p> <p>Reguluj příjem tekutin před spaním</p>
<p>Narušené vnímání a komunikace</p> <ul style="list-style-type: none"> • narušená verbální komunikace • chronická zmatečnost • narušená paměť 	<p>S pacientem bude možná verbální komunikace</p> <p>Pacient bude chráněn před poškozením sebe nebo někoho jiného</p> <p>Pacient bude dodržovat běžné denní činnosti</p> <p>Pacient bude znát metody a techniky procvičování paměti</p>	<p>Oznam zhoršení komunikace lékaři</p> <p>Zajisti pacientovi logopeda.</p> <p>Mluv na pacienta pomalu a v krátkých větách</p> <p>Doporuč pacientovi, aby trénoval mimické svaly před zrcadlem</p> <p>Udržuj pacienta v realitě</p> <p>Sleduj projevy pacienta, které by mohly vést k sebepoškození nebo poškození někoho jiného</p> <p>Edukuj pacienta o posilování paměti:</p> <p>Křížovky, malování, čtení</p> <p>Podávej medikaci dle ordinace lékaře</p>
<p>Narušený spánek</p> <ul style="list-style-type: none"> • nespavost • únava 	<p>Pacient bude spát nejméně 6 hodin bez probuzení a bude se po probuzení cítit odpočinutí</p>	<p>Zajisti vhodné prostředí na spaní pro pacienta</p> <p>Zajisti pacientovi rituály před spaním a snaž se zajistit jejich dodržování</p>

	<p>Pacient nebude spát během dne</p> <p>Pacient bude dodržovat aktivity proti únavě</p>	<p>Zajisti vhodnou polohu</p> <p>Před spaním vyvětrej pokoj</p> <p>Dbej na čistotu ložního prádla</p> <p>Aktivizuj pacienta během dne</p> <p>Zajisti signalizační zařízení k ruce</p> <p>Použij noční osvětlení</p> <p>Edukuj pacienta o relaxačních metodách</p> <p>Sleduj kvalitu usínání a spánku</p> <p>Podávej hypnotika dle ordinace lékaře</p>
<p>Narušená bezpečnost</p> <ul style="list-style-type: none"> • riziko pádu • riziko narušené integrity kůže 	<p>U pacienta během hospitalizace nedojde k pádu</p> <p>U pacienta během hospitalizace nedojde k narušení integrity kůže</p>	<p>Zhodnot' riziko pádu</p> <p>Informuj o rizicích pádů</p> <p>Odstraň překážky, které by mohli způsobit pád</p> <p>Spolupracuj s rodinou při zajištění vhodného oblečení a obuvi</p> <p>Zhodnot' riziko narušení integrity kůže dle Nortonové</p> <p>Zajisti pravidelnou péči o kůži</p> <p>Zajisti pravidelnou výměnu jednorázových pomůcek</p> <p>Zajisti častou výměnu ložního i osobního prádla</p> <p>Dbej na celkovou úpravu lůžka</p> <p>Zajisti polohování v případě potřeby</p> <p>Zajisti v případě potřeby antidekubitární pomůcky:</p> <p>Matrace, válce,</p> <p>Prováděj masáže predilekčních míst</p> <p>Zajisti vhodné ochranné pomůcky při péči o kůži</p> <p>Zajisti pravidelnou kontrolu kůže</p>

<p>Narušená aktivita a cvičení</p> <ul style="list-style-type: none"> • narušená chůze • narušený postoj 	<p>Pacient se během hospitalizace bude snažit pohybovat dle potřeby samostatně nebo s pomůckami</p> <p>Pacient bude dodržovat cvičební plány dle fyzioterapeuta</p>	<p>Spolupracuj s fyzioterapeutem a používej vhodné kompenzační pomůcky:</p> <p>Berle, francouzské hole, chodítko, invalidní vozík</p> <p>Doporuč pacientovi masáže</p> <p>Edukuj pacienta o dodržování plánu dle fyzioterapeuta</p>
<p>Narušené pohodlí</p> <ul style="list-style-type: none"> • chronická bolest 	<p>Pacientovi nebudou chronické bolesti překážet ve vykonávání běžných denních činností</p>	<p>Monitoruj charakter, intenzitu a lokalitu bolesti</p> <p>Zhodnot' bolest podle VAS škály</p> <p>Informuj pacienta o možnostech tlumení bolesti</p> <p>Podávej analgetika dle ordinace lékaře</p> <p>Sleduj účinky analgetik</p> <p>Prováděj masáž na uvolnění bolesti</p> <p>Doporuč úlevovou polohu</p>
<p>Narušené zvládnání těžkostí</p> <ul style="list-style-type: none"> • úzkost 	<p>U pacienta dojde před propuštěním do domácí péče ke zmírnění úzkosti</p>	<p>Naslouchej pacientovi</p> <p>Bud' empatická a trpělivá</p> <p>Zajisti návštěvy rodiny</p> <p>Spolupracuj s rodinou</p> <p>Informuj o průběhu hospitalizace</p> <p>Zajisti si důvěru pacienta</p> <p>V případě potřeby informuj lékaře a kontaktuj odborníka</p>

DISKUZE

Ošetrovatelský personál, především všeobecná sestra by měl být ochotný, vstřícný a měl by mít zdravou autoritu, kterou by podporoval a vedl pacientovy potřeby. Je důležité, aby ošetrovatelský personál měl dostatek teoretických znalostí o Parkinsonově chorobě. Jak je již zmíněno v teoretické části PCH má 4 fáze a každá fáze u každého pacienta probíhá individuálně. Vhodný a adekvátní individuální přístup ke každému pacientovi může vést ke kvalitní ošetrovatelské péči.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí 3 kazuistik získat potřebné ošetrovatelské problémy pacientů. Dále zjistit způsob, jak je může sestra pozitivně ovlivnit. Na základě těchto informací vytvořit mapu ošetrovatelské péče, která zachycuje ošetrovatelské problémy a návrh jejich řešení pomocí stanovených cílů a ošetrovatelských intervencí.

V teoretické části bylo zmíněno, že Parkinsonova choroba je chronické nevléčitelné onemocnění. Toto onemocnění nejčastěji postihuje soběstačnost, která se mění v závislosti na léčbě, a hlavně na účinnosti medikace. Z tohoto důvodu se míra soběstačnosti může kdykoliv změnit. Deficit soběstačnosti se objevoval ve všech 3 vypracovaných kazuistikách. Z tohoto důvodu by se mělo dbát na dopomáhání nebo úplné provedení při nedostatku sebepečce při stravování, oblékání, hygieně nebo vyprazdňování.

Při vytváření kazuistik bylo zjištěno, že na provedení některých denních činností je nutné vyhradit si na vykonávání dostatek času a vhodnou dobu. Bohužel se stává, že při plném stavu oddělení není možné, aby si všeobecné sestry na pacienta vyčlenily dostatek času. Proto se stává, že je pro ošetřující personál výhodnější udělat vše za pacienta. To ale může vyvolat pocity méněcennosti, také každodenní nácvik běžných denních činností je pro pacienta trénink.

V kazuistikách bylo zjištěno, že pacienti trpí nespavostí, která může být zapříčiněna úzkostí z hospitalizace nebo nedostatkem aktivit během dne, kdy pacienti pospávají.

Další problémy byly zjištěny v oblasti komunikace, kdy byla zhoršená mimika, výslovnost a řeč byla tichá. Pacienti s PCH obvykle trpí poruchou polykání. Z důvodu poruchy komunikace a polykání je dobré, aby pacient byl v rukou logopeda.

Z důvodu pozdních komplikací, které mohou vést k imobilitě, se může u pacientů objevit riziko porušení kůže, kdy je důležité dbát na polohování a ochranu kůže. U imobilních lidí vzniká riziko inkontinence, kdy je nutné dbát na hygienu a péči o genitálie.

Objevují se také obtíže s chůzí a stojem, které mohou vést až k pádu. Je důležité dbát na pacientovu bezpečnost. Dále by měl mít pacient vždy při ruce signalizační zařízení a měl by vědět, jak se takové zařízení používá. Z důvodu rizika pádu by se mělo dbát na větší bezpečnost pacienta, např. zvednutím postranic u lůžka.

Pacienti s Parkinsonovou chorobou trpí psychickými problémy, které mohou být příznakem nemoci nebo jako nežádoucí účinek léčby nebo trpí chronickou bolestí.

Pacienti by nikdy neměli být vyloučeni ze společenského života. Především rodina a blízcí by pacienta měli podporovat nejen v běžných denních činnostech, ale také koníčcích. Vhodnou příležitostí mohou být organizace pro pacienty trpící PCH, např.: Společnost Parkinson.

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy ve své bakalářské práci zmiňuje také Eva Trávníčková. (2015) Při porovnávání bakalářských prací bylo zjištěno, že nejčastější ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelské intervence a cíle se objevují v obou pracích.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla popsána podle aktuálních poznatků, ve kterých jsou popsány základní informace, příčiny a výskyt onemocnění, fáze onemocnění, příznaky motorické a non-motorické, diagnostika a léčba medikací a moderními technikami. V teoretické části jsme se také věnovali ošetrovatelské péči, která byla popsána, podle základních potřeb nemocných.

Praktická část byla věnována kvalitativnímu výzkumu. Pro výzkum byly zvoleny kauzistiky dvou mužů a jedné ženy, kteří onemocněli Parkinsonovou chorobou. Informace byly získány z ošetrovatelské a lékařské dokumentace, pozorováním a anonymním rozhovorem. Na základě kauzistik byly zjištěny ošetrovatelské problémy, které byly následně použity do mapy ošetrovatelské péče.

Přínosem bakalářské práce do praxe je přiložená mapa ošetrovatelské péče, která bude poskytnuta neurologickému oddělení ke zkvalitnění péče o pacienty s PCH.

SEZNAM LITERATURY

BALÁŽ, Marek. Hluboká mozková stimulace u Parkinsonovy nemoci. Neurol. praxi. [online]. 2013, vol. 14, iss. 5, p. 229-231. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201305-0003.php>

BAREŠ, Martin. Diagnostika a klinické příznaky Parkinsonovy nemoci. Neurol. praxi. [online]. 2001, vol. 2, iss. 1, p. 22-24. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200101-0008.php>

BAREŠ, Martin. Nejčastější chyby a omyly v diagnostice a léčbě Parkinsonovy nemoci. Neurol. praxi. [online]. 2011, vol. 12, iss. 4, p. 270-275. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201104-0013.php>

BERGER, Jiří, KALITA, Zbyněk a ULČ, Igor. Parkinsonova choroba. Praha: Maxdorf, ©2000. 147 s. ISBN 80-85912-13-9.

BONNET, Anne-Marie a HERGUETA, Thierry. Parkinsonova choroba: rady pro nemocné a jejich blízké. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 159 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0155-7.

BOUKALOVÁ, Marta. INSTABILITA U PARKINSONIKŮ [online]. Olomouc, 2011 [cit. 2021-01-24]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/oqsqfx/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce MUDr. Petr Konečný. (UPDRS)

ČAPKOVÁ, Ludmila. Rytmus a pohyb. Parkinson. [online]. 2010, 32, 5 až 6. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006877.pdf?seek=1514171108>

ČAPKOVÁ, Ludmila. Výživa u Parkinsonovy choroby. Parkinson. [online]. 2010, 30, 14. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006875.pdf?seek=1514170932>

DOSTÁL, Václav a CHVÍSTKOVÁ, Ema. Výživa u Parkinsonovy nemoci. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010. 50 s. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2362-7.

DUŠEK, Petr a kol. Parkinsonova nemoc z různých pohledů. V Praze: Společnost Parkinson, 2013. 124 s. ISBN 978-80-260-4860-2.

DUŠEK, Petr a ROTH, Jan. Současná strategie léčby Parkinsonovy nemoci [online]. 2006, 4, 384. . [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/1021.magarticleprintversion.ashx>

Elekarnice.cz: Parkinsonova nemoc. 2008. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.elekarnice.cz/pro-dospELE/parkinsonovanemoc/>.

EPDA. Život s Parkinsonovou nemocí: Život s Parkinsonovou nemocí je život, kde je každý den výzvou. 1. díl. Praha: Společnost Parkinson, o.s. [online]. 2011, 1, 54. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/031/003334.pdf>

EPDA. Život s Parkinsonovou nemocí: Nemotorické příznaky. 2 díl. Praha: Společnost Parkinson, o.s. [online]. 2011, 2, 11. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/031/003335.pdf>

EPDA. Život s Parkinsonovou nemocí: Stanovení přesné diagnózy, léčby a péče. 3. díl. Praha: Společnost Parkinson, o.s. [online]. 2012, 3, 12-13. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/031/003336.pdf>

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 stran. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERDMAN, T. Heather, ed. a KAMITSURU, Shigemi, ed. Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2018-2020. Překlad Petra Mandysová. 11. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 518 stran. ISBN 978-80-271-0710-0.

HORVAT MAUROVICH, Eszter. Základy spánkové hygieny. Parkinson. [online]. 2010, 31, 3. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006876.pdf?seek=1514171095>

HOSKOVCOVÁ, Martina. Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. Parkinson. [online]. 2010, 32, 2 až 4. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006877.pdf?seek=1514171108>

JEŘÁBKOVÁ, Alena. Význam fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci. Parkinson. [online]. 2010, 32, 4 až 5. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006877.pdf?seek=1514171108>

KAŇOVSKÝ, Petr. Botulotoxin a jeho role v léčbě neurologických onemocnění. Solen. [online]. 2001, vol. 2, iss. 1, p. 42-46. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2001/01/13.pdf>

KLEMPÍŘ, Jiří. Pumpové systémy. Parkinson-help. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/pumpove-systemy>.

KRAMEROVÁ, Michaela. Proč logopedie u osob s Parkinsonovou nemocí? Parkinson. [online]. 2010, 32, 6 až 8. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006877.pdf?seek=1514171108>

KRÁTKÁ, Anna. Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

MACH, Vojtěch. Co je dobré vědět o Parkinsonově nemoci – nejen pro nově diagnostikované pacienty. Parkinson. [online]. 2016, 48, 6 až 11. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/063/006903.pdf?seek=1514171510>

MLČOCH, Zdeněk, 2008. Parkinsonova choroba, nemoc: příznaky, projevy, symptomy. In: [online]. [cit. 2021-02-24]. Dostupné z: <https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/20-parkinsonova-choroba-nemoc-priznaky-projevy-symptomy>

Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci. Překlad Andrea Rusová. Olomouc: Solen, s.r.o., 2016. 44 stran. Dobrá rada pro lékaře. ISBN 978-80-7471-161-9.

Nudz.cz. Krátké kognitivní testy. AD Centrum. [online]. 2021-02-08 [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html#mmse

OPLT, Jan. Tělocvik pro pacienty s Parkinsonovou chorobou. Parkinson-italia.info. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-italia.info/egymczech/index.php>.

Parkinson-help: Fáze nemoci. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/faze-nemoci>.

Parkinson-help: Hlubková mozková stimulace. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinsonhelp.cz/hluboka-mozkova-stimulace>.

Parkinson-help: Léky a operace. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/leky-a-operace>.

Parkinson-help: Léky. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/leky>.

Parkinsonovachoroba.cz: Parkinsonova choroba: léčba, možnosti a postupy. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinsonovachoroba.cz/lecba/>.

Parkinson-help: Seznam léků, které nesmíme. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/files/seznam-leku-ktere-nesmime.pdf>

Parkinson-help: Anestezie. Autor neznámý. [online]. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.parkinson-help.cz/files/anestezie.pdf>

POLIAKOVÁ, Nikoleta., LIPOVSKÁ, Simona., MELUŠ, Vladimír. a BIELIK, Ján. Potenciál vlivu léčby intestinálním gelem levodopa a karbidopa na kvalitu života a schopnost pracovat u pacientů s Parkinsonovou nemocí. *Neurol. praxi*. [online]. 2016, vol. 17, iss. 5, p. 323-327. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/05/11.pdf>

PREISS, Marek a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 362 s. Psyché. ISBN 80-247-0843-4.

REKTOR, Ivan. Léčba Parkinsonovy nemoci. *Neurol. praxi*. [online]. 2009, vol. 10, iss. 6, p. 340-346. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/06/04.pdf>

ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela a RŮŽIČKA, Evžen. *Parkinsonova nemoc*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©1999. 142 s. Medica. ISBN 80-85800-63-2

ROTH, Jan a kol. *Parkinsonova nemoc*. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, ©2009. 222 s. Medica. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen. Doporučený postup při zahájení léčby Parkinsonovy nemoci. *Česká a slovenská neurologie*. [online]. 2009, 5, 487-490. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z:

<https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2009-5/doporuceny-postup-pri-zahajeni-lecby-parkinsonovy-nemoci-33222/download?hl=cs>

SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro studium i praxi. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015. 383 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SCHWARZ, Johannes a STORCH, Alexander. Parkinson-Syndrome: Grundlagen, Diagnostik und Therapie. 1. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2007. 424 s. Klinische Neurologie. ISBN 978-3-17-018382-7.

SCHWARZ, Shelley Peterman. Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. 109 s. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2321-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. Ošetrovatelství v neurologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 232 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4868-9.

SVOBODOVÁ, Pavlína. Ošetrovatelská péče o klienta s Parkinsonovou chorobou [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/10bkqo/>>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Machová. WOQ9 dotazník příloha

TRACHTOVÁ, Eva a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

TRÁVNÍČKOVÁ, Eva. Ošetrovatelská péče u pacientů s Parkinsonovou chorobou [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2021-03-17]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/om54g4/>>.

TRUTNOV, Nemocnice: Abnormální pohyby - Parkinsonova nemoc. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.nemtru.cz/abnormalni-pohyby-parkinsonova-nemoc>.

VILÍMOVSKÝ, Michal. Blefarospasmus: příčiny, příznaky, diagnostika a léčba. Medlicker. [online]. 2019. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/234-blefarospasmus-priciny-priznakydiagnostika-a-lecbalecba-blefarospasmu>

VLČEK, Jiří a kol. Klinická farmacie II. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 255 s. ISBN 978-80-247-4532-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 272 s., xvi s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZAMIŠKOVÁ, Gabriela., RESSNER, Pavel., DLOUHÁ, Jana. a ŠIGUTOVÁ, Dana. Poruchy řeči u Parkinsonovy nemoci. Neurol. praxi. [online]. 2010, vol. 11, iss. 2, p. 112-116. [cit. 2021-2-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/02/10.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – UPDRS

Příloha B – Seznam léků, které pacient s PCH nesmí

Příloha C – Doporučení pro operační řešení lokální anestezí, narkóza u pacientů s PCH

Příloha D – MMSE test

Příloha E – Dotazník WOQ 9

PŘÍLOHY

Příloha A – UPDRS test

I. MYŠLENÍ, CHOVÁNÍ A NÁLADA

1/ Postižení intelektu

- 0 Žádné.
- 1 Mírné. Zapomnětlivost s částečným vybavováním si události, bez dalších obtíží.
- 2 Nepřiliš velká ztráta paměti s dezorientací a mírnými obtížemi při zvládání složitějších problémů. Mírné, ale definitivní narušení výkonu v domácím prostředí s nutností příležitostné nápovědy.
- 3 Vážná ztráta paměti s dezorientací v čase a prostoru. Vážné narušení schopnosti zvládat problémy.
- 4 Těžká ztráta paměti s orientovaností omezenou pouze na vlastní osobu. Neschopnost udělat si úsudek nebo řešit problémy. Neschopnost sebeobsluhy, vyžaduje značnou pomoc. Nemůže být nechán o samotě.

2/ Porucha myšlení (způsobena demencí, intoxikací léky)

- 0 Žádná.
- 1 Živé sny.
- 2 Benigní halucinace se zachovalým náhledem (vědomím choroby).
- 3 Příležitostné až časté halucinace nebo bludy, bez náhledu, mohou narušovat denní aktivity.
- 4 Trvalé halucinace, bludy nebo rozvinutá psychóza. Neschopnost se postarat sám o sebe.

3/ Deprese

- 0 Nepřítomna.
- 1 Mívá období smutku nebo pocitu viny silnější než normální, nikdy netrávající dny nebo týdny.
- 2 Trvalá deprese (1 týden a více).
- 3 Trvalá deprese s vegetativními symptomy (nespavost, nechutenství, úbytek váhy, ztráta zájmu).
- 4 Trvalá deprese s vegetativními symptomy a sebevražednými myšlenkami nebo záměry.

4/ Motivace, iniciativa

- 0 Normální.
- 1 Méně se prosazující, pasivnější.
- 2 Méně iniciativní nebo bez zájmu o aktivity, které nejsou zcela běžné.
- 3 Ztráta iniciativnosti, nezájem o každodenní aktivity.
- 4 Uzavřenost, úplná ztráta motivace.

Mezisoučet charakteristik 1-4: maximální skóre 16

II. AKTIVITY BĚŽNÉHO ŽIVOTA

5/ Řeč

- 0 Normální.
- 1 Mírně postižena, bez obtíží srozumitelná.
- 2 Mírně postižena, někdy je pacient žádán o zopakování výroku.
- 3 Vážně postižena, často je pacient žádán o zopakování výroku.
- 4 Nesrozumitelná po většinu času.

6/ Salivace

- 0 Normální.
- 1 Nepatrné, ale zřetelný přebytek slin v ústech, může být noční sialorrhoea.
- 2 Mírně zvýšená salivace, sliny mohou vytékat z úst.
- 3 Znatelně zvýšená salivace s občasným vytékáním slin z úst.
- 4 Značné vytékání slin z úst vyžadující neustále kapesník.

7/ Polykání

- 0 Normální.
- 1 Zřídka kdy zaskočí sousto.
- 2 Příležitostně zaskočí sousto.
- 3 Vyžaduje měkkou stravu.
- 4 Vyžaduje nasogastrickou sondu nebo výživu gastrostomií.

8/ Rukopis

- 0 Normální.
- 1 Nepatrně zpomalený nebo malé písmo.
- 2 Mírně zpomalený nebo malé písmo. Všechna slova jsou čitelná.
- 3 Těžce porušený, ne všechna slova jsou čitelná.
- 4 Většina slov je nečitelná.

9/ Krájení jídla manipulace s přiborem (nádobím)

- 0 Normální.
- 1 Poněkud pomalé a neobratné, ale není nutná pomoc.
- 2 Krájí většinu potravin sám, ačkoliv pomalu a neobratně. Občas nutná pomoc.
- 3 Jídlo musí někdo nakrájet, ale je sám schopen pomalu jíst.
- 4 Musí být krmen.

10/ Oblékání

- 0 Normální.
- 1 Poněkud pomalé, ale není nutná pomoc.
- 2 Občas nutná pomoc se zapínáním knoflíků, navlékáním do rukávů.
- 3 Nutná rozsáhlá pomoc, stále je schopen vykonávat některé úkony samostatně.
- 4 Bezmocný.

11/ Osobní hygiena

- 0 Normální.
- 1 Poněkud pomalá, ale nepotřebuje pomoc.
- 2 Potřebuje pomoci při sprchování či mytí, nebo je velmi pomalý při hygieně.
- 3 Vyžaduje asistenci při mytí, čištění zubů, česání nebo použití toalety.
- 4 Močový katetr či jiné hyg. pomůcky.

12/ Obrácení se v posteli a úprava lůžkovin

- 0 Normální.
- 1 Poněkud pomalé a neobratné, nepotřebuje pomoc.
- 2 Obrátí se nebo upraví lůžkoviny sám, ale s velkými problémy.
- 3 Začne se obracet nebo upravovat, ale sám není schopen dokončit.
- 4 Bezmocný.

13/ Pády (bez vztahu k „freezing“ stavu)

- 0 Žádné.
- 1 Zřídka kdy padá.
- 2 Příležitostně, méně než jednou denně.
- 3 Pády průměrně jednou denně.
- 4 Pády více než jednou denně.

14/ Freezing za chůze

- 0 Žádné
- 1 Zřídka freezing za chůze, může nastat váhání na začátku pohybu.
- 2 Příležitostně freezing za chůze.
- 3 Častý freezing, příležitostně pády z důvodu freezingu.
- 4 Časté pády z důvodu freezingu.

15/ Chůze

- 0 Normální
- 1 Mírné obtíže. Nejsou přítomny souhyby paží nebo je tendence šourat nohama.
- 2 Střední obtíže, vyžaduje žádnou nebo malou pomoc.
- 3 Těžká porucha chůze vyžadující pomoc.
- 4 Nemůže vůbec chodit ani s pomocí.

16/ Třes (symptomatická stížnost na třes jakékoliv části těla)

- 0 Nepřítomen.
- 1 Nepatrný, zřídka kdy přítomný.
- 2 Mírný, pacienta obtěžuje.
- 3 Těžký, narušuje mnoho denních aktivit.
- 4 Značný, narušuje většinu denních aktivit.

17/ Sensorické obtíže způsobeném parkinsonismem

- 0 Žádné.
- 1 Příležitostně přítomna necitlivost, pálení či mírná bolest.
- 2 Často je přítomna necitlivost, pálení či bolest, ale pacienta netrápí.
- 3 Časté pocity bolesti.
- 4 Mučivá bolest.

Mezisoučet charakteristik 5-17: maximální skóre 52

III. VYŠETŘENÍ HYBNOSTI

18/ Řeč

- 0 Normální.
- 1 Nepatrná ztráta výrazovosti, výslovnosti, hlasitosti řeči.
- 2 Monotonní, splývavá, ale srozumitelná řeč.
- 3 Znatelné porušení, je obtížné porozumět.
- 4 Nesrozumitelná.

19/ Mímika

- 0 Normální.
- 1 Naznačená hypomimie, může být běžná „poker face“.
- 2 Nepatrné, ale nepochybně abnormální ochuzení mímiky.
- 3 Mírná hypomimie, rty jsou někdy oddělené od sebe.
- 4 Maskovitá tvář s těžkou až úplnou ztrátou mímiky. Rty jsou trvale od sebe oddělené.

20/ Klidový třes

- 0 Nepřítomen.
- 1 Nepatrný a zřídka přítomný.
- 2 Třes je stálý, malé amplitudy. Nebo je větší amplitudy, ale pouze intermitentně přítomen.
- 3 Větší amplitudy, přítomen většinu času.
- 4 Značné amplitudy, přítomen většinu času.

21/ Intenění a statický třes rukou

- 0 Nepřítomen
- 1 Nepatrný, přítomný jen za pohybu.
- 2 Nevelké amplitudy, přítomný jen za pohybu.
- 3 Nevelké amplitudy, přítomný při statické zátěži stejně

22/ Rigidita (pasivní pohyb velkých kloubů bez ohledu na příznak charakteru ozubeného kola. Pacient sedí a je relaxován.

- 0 Nepřítomna
- 1 Nepatrná, zjistitelná aktivací druhostranné končetiny.
- 2 Mírná až střední.
- 3 Značná, zachovím plný rozsah pohybu.
- 4 Těžký, plného rozsahu pohybu dosahuje jen obtížně.

23/ Poklep prsty o sebe (pacient opakovaně a rychle poklepává palcem o špičku ukazováku s co největší amplitudou, každou rukou zvlášť)

- 0 Normální pohyb
- 1 Mírně zpomalený pohyb, snížení amplitudy
- 2 Mírně narušený pohyb. Vždy se vyčerpává. Příležitostně zárazy v pohybu.
- 3 Těžce porušený pohyb. Váhání na začátku pohybu nebo zárazy během pohybu.
- 4 Neschopen provést pohyb.

24/ Pohyby rukou (pacient rychle, opakovaně rozvírá a zavírá pěst s prsty nataženými, co největší amplituda, každou rukou zvlášť)

- 0 Normální pohyb
- 1 Mírně zpomalený pohyb nebo snížení amplitudy.
- 2 Mírně narušený pohyb. Vždy se brzy vyčerpává. Příležitostně zárazy v pohybu.
- 3 Těžce porušený pohyb. Časté váhání na začátku pohybu, zárazy během pohybu.
- 4 Neschopen provést pohyb.

25/ Rychlé pohyby rukama (pacient provádí pronaci a supinaci v horizontální nebo vertikální poloze, oběma rukama najednou)

- 0 Normální pohyb.
- 1 Mírně zpomalený pohyb nebo snížení amplitudy
- 2 Mírně narušený pohyb. Vždy se brzy vyčerpává. Příležitostně zárazy v pohybu.
- 3 Těžce porušený pohyb. Časté váhání na začátku pohybu, zárazy během pohybu.
- 4 Neschopen provést pohyb.

26/ Pohyby nohou (rychlé a opakované poklepání patou nohy o zem, zvedá celou nohu amplituda aspoň 8 centimetrů)

- 0 Normální pohyb.
- 1 Mírně zpomalený pohyb nebo snížení amplitudy.
- 2 Mírně zpomalený pohyb nebo snížení vyčerpává. Příležitostně zárazy v pohybu.
- 3 Těžce porušený pohyb. Časté váhání na začátku pohybu, zárazy během pohybu.
- 4 Neschopen provést pohyb.

27/ Vstávání ze židle (pacient se pokusí vstát ze židle, ruce zklíženě na prsou)

- 0 Normální
- 1 Pomalé, potřebuje více než jeden pokus.
- 2 Zvedá se s oporou paží.
- 3 Tendence k pádu vzad, potřebuje více pokusů, ale vstane bez pomoci.
- 4 Neschopen vstát bez pomoci.

28/ Postoj

- 0 Normální, vzpřímený.
- 1 Ne zcela vzpřímený, nepatrně nahnbený postoj. Může být normální pro starší osoby.
- 2 Mírně flekční držení, bezpochyby abnormální postoj, může být nepatrně nakloněn k jedné straně.
- 3 Výrazně flekční držení s kyfózou, může být mírně nakloněn k jedné straně.
- 4 Značně flekční držení, postoj je extrémně abnormální.

29/ Chůze

- 0 Normální.
- 1 Chodí pomaleji, může mít krátký šouravý krok ale nemívá zrychlení a zkrácení kroku nebo propulze.
- 2 Chodí s obtížemi, ale nepotřebuje pomoc nebo jen minimální. Mívá zrychlení a zkrácení kroku nebo propulze.
- 3 Těžká porucha chůze vyžadující oporu.
- 4 Nechodí vůbec ani s oporou.

30/ Posturální stabilita (zkouška zvrácení trupu vestoje, odpověď na náhlé silné vychýlení vzad trhnutím za ramena, zatímco pacient stojí s otevřenýma očima, nohy mírně od sebe)

- 0 Normální posturální odpověď.
- 1 Retropulze, ale vyrovnává bez pomoci.
- 2 Absence posturální odpovědi, mohl by upadnout, kdyby ho vyšetřující nezachytil.
- 3 Velmi nestabilní, tendence ke spontánní ztrátě rovnováhy.
- 4 Neschopen stát bez opory

31/ Bradykinéza a hypokinéza těla (kombinace zpomalosti, váhání na začátku pohybu, snížených souhybů, malé amplitudy a celková chudost pohybu)

- 0 Žádná.
- 1 Minimální zpomalení dávající pohybům rozvázný charakter, může být u některých osob normální. Možné snížení amplitudy.
- 2 Mírný stupeň zpomalení a chudosti pohybu, který je bezpochyby abnormální. Snížení amplitudy pohybu.
- 3 Větší zpomalení a snížení síly a amplitudy pohybu.
- 4 Výrazné snížení rychlosti, síly a amplitudy pohybu.

Mezisoučet charakteristik 18-31: maximální skóre 56

IV. KOMPLIKACE LÉČBY (V POSLEDNÍM TÝDNU)**A) DYSKINÉZY**

32/ Trvání: jak velkou část doby bdění jsou dyskinézy?

- 0 Žádnou.
- 1 1-25 % dne.
- 2 26-50 % dne.
- 3 51-75 % dne.
- 4 76-100 % dne.

33/ Nezpůsobilost: do jaké míry vás dyskinézy zneschopňují?

- 0 Nejsou zneschopňující.
- 1 Mírně zneschopňující.
- 2 Středně zneschopňující.
- 3 Těžce zneschopňující.
- 4 Zeela zneschopňující.

34/ Bolestivé dyskinézy: do jaké míry jsou dyskinézy bolestivé?

- 0 Nejsou bolestivé.
- 1 Mírně bolestivé.
- 2 Středně bolestivé.
- 3 Silně bolestivé.
- 4 Velmi silně bolestivé.

35/ Přítomnost časné ranní dystonie

- 0 Není.
- 1 Je.

B) KLINICKÉ FLUKTUACE

36/ Jsou periody „off“, které lze časově předvídat vzhledem k době podání léku?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

37/ Jsou periody „off“, které nelze předvídat vzhledem k době podání léku?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

38/ Jsou periody „off“, které přicházejí náhle během několika sekund?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

39/ Jakou část dne (za bdělého stavu) je průměrně pacient v „off“ stavu?

- 0 Žádnou.
- 1 1-25 % dne.
- 2 26-50 % dne.
- 3 51-75 % dne.
- 4 76-100 % dne.

C) JINÉ KOMPLIKACE

40/ Trpí pacient nechutenstvím, nevolností či zvracením?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

41/ Trpí pacient nespavostí, nadměrnou spavostí či jinou poruchou spánku?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

42/ Trpí pacient symptom. ortostázou?

- 0 Ne.
- 1 Ano.

Mezisoučet charakteristik 32-42: maximální skóre 23

Celkové skóre charakteristik 1-42: maximální skóre 147

Příloha B – Seznam léků, které pacient s PCH nesmí

SEZNAM LÉKŮ, KTERÉ PACIENT S PARKINSONOVOU NEMOCÍ NESMÍ DOSTAT

V následujícím textu nejsou uvedeny veškeré léky, které mohou průběh nemoci či stav hybnosti u Parkinsonovy nemoci výrazněji zhoršit. Uvádíme zde jen léky nejčastěji užívané v České republice, se kterými může pacient s Parkinsonovou nemocí v ordinacích českých lékařů eventuálně přijít do styku.

- Antipsychotika/Neuroleptika (tzv. typická) – léky používané hlavně, ale ne vždy, v léčbě duševních poruch: např. Haloperidol, Haldol, Largactil, Moditen, Tisercin, Levopromazin, Prochlorperazin, Perfenazin,
- Některé léky používané při zažívacích obtížích: Degan
- Některé léky používané např. v léčbě závratí, nevolnosti, zvracení: Torecan
- Některé léky používané např. při nedostatečném prokrvení vnitřního ucha či mozku: Stugeron, Cinnabene, Cinarizin, Arlevert, Sibelium
- Některé léky, používané k tlumení kašle, škytavky: Prothazin, Promethazin, Phenergan
- Některé léky používané v léčbě vyššího krevního tlaku: Crystepin, Aldomet, Dopamet, Dopegyt
- Současně se selegilinem (Jumex, Sepatrem, Niar atd.) se nesmějí používat léky s antidepresivním účinkem. Tyto léky lze pacientům s Parkinsonovou nemocí podávat, je však nutno předem vysadit selegilin, a to asi 3 týdny před nasazením antidepresiva.

Zdroj: Parkinson-help: <https://www.parkinson-help.cz/files/seznam-leku-ktere-nesmime.pdf>

Příloha C - Doporučení pro operační řešení, lokální anestézii, narkózu u pacientů s Parkinsonovou nemocí

Doporučení pro operační řešení, lokální anestézii, narkózu u pacientů s Parkinsonovou nemocí

- ✓ Lékař, který má ve své péči pacienty s Parkinsonovou nemocí, si musí být vědom specifčnosti těchto pacientů, pokud se mají podrobit chirurgickému ošetření.
- ✓ Je nutno vždy respektovat následující pokyny:
- ✓ Oznámit chirurgovi před operací diagnózu Parkinsonovy nemoci a její přesnou léčbu.
- ✓ Doporučit případnou možnost lokální či svodné (epidurální) anestézie.
- ✓ Pokud tato není možná, nutno upozornit chirurga na nutnost co nejkratšího intervalu ve vysazení L-DOPA (Nakom, Isicom, Sinemet, Madopar).
- ✓ Tři týdny před operací vysadit selegilin (Jumex, Sepatrem, Niar).
- ✓ Je nutné si vzít všechny užívané léky s sebou a instruovat pacienta, aby přesný seznam léků a jejich dávkování odevzdal lékaři na chirurgickém oddělení.
- ✓ Pokud bude nutná celková anestézie, nutno upozornit na nevhodnost použití halothanu, jiné postupy mají menší riziko.
- ✓ Pokud je nutno např. při břišních operacích nepodávat jakékoliv léky p.o. po delší dobu než 8 – 12 hodin, je nutno upozornit chirurga na možnost i prudkého zhoršení příznaků Parkinsonovy nemoci až do stavu tzv. akinetické krize. V takovém případě je nutno mít na chirurgickém oddělení k dispozici infusní amantadin sulfát (PK-Merz infuze) či alespoň i.v. biperiden (Akineton i.v.).
- ✓ K lokální anestézii je nutno používat pouze anestetika bez adrenalinu.
- ✓ Je velmi vhodné nechat na chirurgickém oddělení kontakt na ošetřujícího lékaře – neurologa.

Kontraindikovány jsou všechny druhy neuroleptanalgezie!

Žádná typická neuroleptika nesmějí být pacientovi s Parkinsonovou nemocí podána.

K utlumení eventuálního pooperačního neklidu lze použít pouze tiaprid (Tiapridal).

Zdroj: Parkinson-help: <https://www.parkinson-help.cz/files/anestezie.pdf>

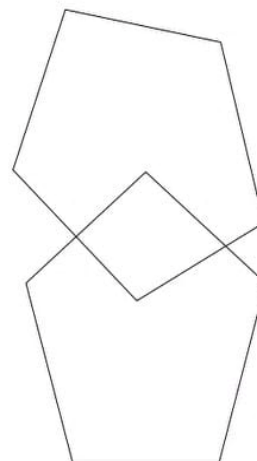
Příloha D – MMSE test

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION – ZÁZNAMOVÝ LIST

Jméno pacienta:	Datum vyšetření:	3
	1.	4
	2.	5

I. ORIENTACE	body	1	2	3	4	5
1. Jaký je den v týdnu dnes?	1-0					
2. Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum?	1-0					
3. Který je teď měsíc?	1-0					
4. Který rok je nyní?	1-0					
5. Jaké je nyní roční období?	1-0					
6. Ve kterém státě jsme?	1-0					
7. Ve kterém okrese jsme?	1-0					
8. Ve kterém městě jsme?	1-0					
9. Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)?	1-0					
10. Ve kterém poschodí se nacházíme?	1-0					
II. ZAPAMATOVÁNÍ						
11. Bezprostřední reprodukce tří předmětů: míč auto člověk	1-0					
III. POZORNOST A POČÍTÁNÍ						
12. Opakované počítání 7 od 100 (100; 93; 86; 79; 72; 65) nebo hláskovat slova POKRM pozpátku	0-5					
IV. PAMĚŤ, VÝBAVNOST						
13. Reprodukce 3 předmětů z úlohy č. 11	0-3					
V. POJMENOVÁNÍ						
14. Ukažte náramkové hodinky: „Co je to?“	0-1					
15. Ukažte tužku: „Co je to?“	0-1					
VI. OPAKOVÁNÍ						
16. Opakování věty: „Žádné kdyby anebo ale.“	0-1					
VII. TŘÍSTUPŇOVÝ ODKAZ						
17. Porozumění (sdělený třístupňový příkaz): „Vezměte tento papír do Vaší pravé (levé) ruky, přeložte ho jednou na polovinu oběma rukama a položte ho na zem.“	0-3					
VIII. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU						
18. Porozumění (písenný jednostupňový příkaz): Zavřete oči. (viz 2. strana)	0-1					
IX. PSÁNÍ						
19. Napsání věty	0-1					
X. OBKRESLOVÁNÍ						
20. Obkreslení předlohy průniku dvou pětiúhelníků (viz 2. strana)	0-1					
CELKOVÉ SKÓRE						

ZAVŘETE OČI



Zdroj: Nudz.cz- krátké kognitivní testy. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html.

Příloha E – Dotazník WOQ 9

Příloha II – Dotazník WOQ 9

Zatrhňte prosím Ano či Ne ve sloupci A pro všechny příznaky Parkinsonovy nemoci, které se u Vás v uplynulém měsíci objevily během běžného dne.

Zatrhňte prosím Ano ve sloupci B, pokud se tento příznak po užití další dávky léku na Parkinsonovu nemoc obvykle zlepší či vymizí, nebo zatrhňte Ne ve sloupci B, pokud se tento příznak po užití další dávky léku na Parkinsonovu nemoc nezlepší ani nevymizí.

Příznak	SLOUPEC A		SLOUPEC B	
	Příznak se vyskytuje		Příznak se většinou zmírní po další dávce léku na Parkinsonovu nemoc	
	ANO	NE	ANO	NE
1. Třes (např. třes rukou, paží či nohou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jakékoliv zpomalení pohybu (např. při chůzi, jídlu či oblékání)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Změny nálady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jakákoliv ztuhlost (např. strnulost paží či nohou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bolest/bolestivost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snižená zručnost (např. problémy se zapínáním či se psaním)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zastřená mysl/zpomalené myšlení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Úzkost/záchvaty paniky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Svalové křeče (např. v pažích, nohou, chodidlech)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zdroj: Svobodová, 2014