

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Markéta Gašparová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Markéta Gašparová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO
S BULBÁRNÍM SYNDROMEM**

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: **Markéta GAŠPAROVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0017K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem.**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné 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:

- AMBLER, Zdeněk, *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7.vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-7007-3.
- ČIHÁK, Radomír, DRUGA, Rastislav a Miloš GRIM, ed. *Anatomie*. 2. upr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.
- KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80247-2835-3.
- HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Nursing diagnoses: definitions a classification 2018-2020*. Elevent edition. New York: Thieme, [2018]. ISBN 9781626239296.
- MANDYSOVÁ, Petra a Edvard EHLER. *Role sestry při screeningu poruch polykání v neurologii*. Neurologie pro praxi. 2011, 12(6). ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/06/12.pdf>.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Posseltová**
Katedra ošetrovatelství 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 2. 3. 2021.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Gašparová Markéta

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované: 38

Počet příloh: 15

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: bulbární, syndrom, dysfagie, dysartrie, ošetrovatelství, ošetrovatelský proces

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s bulbárním syndromem různé etiologie.

Teoretická část přináší základní informace o bulbárním syndromu jako takovém a zabývá se problémy bulbárního syndromu z pohledu jeho vzniku, klinického obrazu, diagnostiky, léčby a především ošetrovatelské péče.

Praktická část je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty s bulbárním syndromem odlišné etiologie v odlišné progresi.

Abstract

Surname and name: Gašparová Markéta

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of nursing care in a patient with bulbar syndrome

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered: 38

Number of appendices: 15

Number of literature items used: 34

Keywords: bulbar, syndrome, dysphagia, dysarthria, nursing, nursing process

Summary:

The bachelor's thesis deals with the issue of nursing care for patients with bulbar syndrome of various etiologies.

The theoretical part provides basic information about the bulbar syndrome as such and deals with the problems of the bulbar syndrome in terms of its origin, clinical picture, diagnosis, treatment and especially nursing care.

The practical part is focused on nursing care of patients with bulbar syndrome of different etiology in different progression.

Předmluva

Tato práce byla napsána z důvodu zvýšení povědomí o specifičnosti ošetrovatelské péče u nemocných s bulbárním syndromem. Hlavním cílem této práce je především vypracování vzorového ošetrovatelského procesu, který by mohl pomoci zdravotnickému personálu zkvalitnit péči o tyto nemocné.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji kolegyním z Neurologické kliniky ve FN v Plzni za poskytování odborných rad, připomínek a psychické podpory. Mé poděkování také směřuje k mým participantům za vstřícnost a trpělivost, bez nich by tato práce realizována.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	12
SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 ANATOMIE A FUNKCE HLAVOVÝCH NERVŮ IX. – XII.	17
1.1 Základní charakteristika nervů postranního smíšeného systému a n. XII	17
1.1.1 N. glossopharyngeus (n. IX).....	18
1.1.2 N. vagus (n. X.)	18
1.1.3 N. accessorius (n. XI.)	19
1.1.4 N. hypoglossus (n. XII.)	19
2 BULBÁRNÍ SYNDROM = PERIFERNÍ POSTIŽENÍ	20
2.1 Charakteristika bulbárního syndromu.....	20
2.2 Projevy bulbárního syndromu.....	20
2.2.1 Dysartrie	20
2.2.2 Dysfonie	21
2.2.3 Rhinolalie	21
2.2.4 Dysfagie.....	21
2.2.5 Pokles měkkého patra.....	22
2.2.6 Snížený či vyhaslý dávivý reflex.....	23
2.2.7 Dyspnoe	23
2.2.8 Poruchy srdeční činnosti.....	23
2.2.9 Atrofie jazyka s fascikulacemi	23
2.3 Možné příčiny bulbárního syndromu.....	24
2.4 Diagnostika bulbárního syndromu.....	24
2.4.1 Vyšetření neurologem.....	24
2.4.2 CT či MR.....	24
2.4.3 Lumbální punkce	25
2.4.4 EMG	25
2.5 Logopedická péče a doporučené fyzioterapeutické metodiky	25
2.5.1 Metodika Bobathových	25
2.5.2 Metoda Castillo-Morales (= orofaciální regulační terapie).....	26
2.5.3 Myofunkční terapie.....	26
3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S BULBÁRNÍM SYNDROMEM	27
3.1 Ošetřovatelská péče v neurologii.....	27

3.1.1	Doména 2: Výživa	27
3.1.2	Doména 3: Vylučování a výměna	27
3.1.3	Doména 4: Aktivita/Odpočinek.....	28
3.1.4	Doména 5: Vnímání/Kognice.....	28
3.1.5	Doména 6: Sebevnímání.....	28
3.1.6	Doména 9: Zvládání zátěže/Tolerance stresu.....	28
3.1.7	Doména 11: Bezpečnost/Ochrana	28
3.1.8	Doména 12: Pohodlí	29
3.2	Nejčastější hodnotící škály a testy v neurologii.....	29
3.2.1	Zjištění stavu vědomí pacienta	29
3.2.2	Zhodnocení úrovně soběstačnosti pacienta	30
3.2.3	Hodnocení rizikových faktorů vzniku dekubitů	31
3.2.4	Hodnocení polykání a výživy pacienta.....	31
3.2.5	Hodnocení bolesti	32
3.2.6	Hodnocení rizika pádu.....	33
3.2.7	Hodnocení rizik v oblasti dýchání	33
3.3	Edukace pacienta s bulbárním syndromem	33
4	PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM A SMÍŠENÝ BULBÁRNÍ A PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM	35
4.1	Pseudobulbární syndrom.....	35
4.1.1	Typická onemocnění projevující se pseudobulbárním syndromem	35
4.2	Smíšený pseudobulbární a bulbární syndrom	35
4.2.1	Typické onemocnění smíšeného pseudobulbárního a bulbárního syndromu	35
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
5	FORMULACE PROBLÉMU	37
5.1	Cíl a úkoly práce	37
5.1.1	Hlavní cíl	37
5.1.2	Dílčí cíle	37
5.1.3	Výzkumné otázky	37
5.2	Charakteristika sledovaného souboru	37
5.3	Metodika práce	38
5.4	Organizace výzkumu	39
5.5	Zpracování dat	40
6	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	41
6.1	Kazuistika 1	41
6.1.1	Anamnéza	41
6.1.2	Fyzikální vyšetření	42

6.1.3	Logopedické vyšetření.....	43
6.1.4	Průběh hospitalizace	43
6.1.5	Ošetrovatelská anamnéza	44
6.1.6	Provedené hodnotící škály a testy	46
6.1.7	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA- I Taxonomie II.....	51
6.2	Kazuistika 2	60
6.2.1	Anamnéza	60
6.2.2	Fyzikální vyšetření	61
6.2.3	Logopedické vyšetření.....	62
6.2.4	Průběh hospitalizace	62
6.2.5	Ošetrovatelská anamnéza	63
6.2.6	Provedené hodnotící škály a testy	64
6.2.7	Ošetrovatelské diagnózy dle NANDA- I Taxonomie II.....	68
7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	76
	DISKUZE	80
	ZÁVĚR.....	84
	SEZNAM LITERATURY	86
	SEZNAM PŘÍLOH	89
	PŘÍLOHY	90
	Příloha 1 - Bibliografická rešerše	90
	Příloha 2 - Výstup hlavových nervů	95
	Příloha 3 - GUSS test (přední strana)	96
	Příloha 4 - GUSS test (zadní strana).....	97
	Příloha 5 - Příznaky bulbárního syndromu.....	98
	Příloha 6 - Základní neurologické vyšetření	99
	Příloha 7 - Zobrazovací vyšetření.....	100
	Příloha 8 - Další neurologické vyšetření	101
	Příloha 9 - Hodnotící škály bolesti	102
	Příloha 10 - Hodnocení rizika pádu.....	103
	Příloha 11 - Hodnocení rizik v oblasti dýchání	104
	Příloha 12 - Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň	105
	Příloha 13 - Informovaný souhlas	106
	Příloha 14 - Otázky k rozhovoru s participanty.....	107
	Příloha 15 - Informační brožura (1. uvnitř, 2. vně)	108

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Výstup hlavových nervů IX. - XII.	95
Obrázek 2: GUSS test přední strana	96
Obrázek 3: GUSS test zadní strana	97
Obrázek 4: Atrofie jazyka.....	98
Obrázek 5: Pokles měkkého patra	98
Obrázek 6: Základní neurologické vyšetření.....	99
Obrázek 7: MR mozku	100
Obrázek 8: CT mozku.....	100
Obrázek 9: Lumbální punkce	101
Obrázek 10: EMG vyšetření	101
Obrázek 11: Škála výrazů obličeje pro měření bolesti	102
Obrázek 12: Numerická škála bolesti.....	102
Obrázek 13: VAS	102
Obrázek 14: Jednoduchý screeningový test rizika pádu.....	103
Obrázek 15: Hodnocení rizik v oblasti dýchání	104

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: GCS test.....	29
Tabulka 2: Barthelův test základních všedních činností – ADL	30
Tabulka 3: Stupnice podle Nortonové	31
Tabulka 4: Nutriční screening - Participant A.....	46
Tabulka 5: Hodnocení rizikových faktorů pro vznik pádu - Participant A	47
Tabulka 6: Rizikové faktory pro vznik dekubitů dle Nortonové - Participant A	48
Tabulka 7: Barthelův (ADL) test - Participant A	49
Tabulka 8: Rizikové faktory a situace v oblasti dýchání dle Breinsteinové - Participant A	50
Tabulka 9: Nutriční screening - Participant B	65
Tabulka 10: Rizikové faktory pro vznik pádu - Participant B.....	66
Tabulka 11: Rizikové faktory pro vznik dekubitů dle Nortonové - Participant B	67
Tabulka 12: Barthelův (ADL) test - Participant B	67

SEZNAM ZKRATEK

ADL.....	Všední denní činnosti (Activities of Daily Living)
ALS.....	Amyotrofická laterální skleróza
antiACHR.....	Protilátky proti acetylcholinovému receptoru
ATB	Antibiotika
AZUP.....	Akutní zóna urgentního příjmu
BMI.....	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
Ca	Karcinom
CMP.....	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervová soustava
CRP.....	C-reaktivní protein
CT.....	Počítačová tomografie (Computer Tomography)
CT AG	Počítačová tomografie s angiografií
DM.....	Diabetes mellitus
EEG	Elektroencefalografie
EKG.....	Elektrokardiografie
EMG	Elektromyografie
FEES.....	Flexibilní endoskopické vyšetření polykání
FOIS	Funkční stupnice orálního příjmu (Functional Oral Intake Scale)
GCS	Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí (Glasgow Coma Scale)
GUSS.....	Screeningové vyšetření schopnosti polykání (Gugging Swallowing Screen)

IATE.....	Intraarteriální trombektomie
IVIG.....	Intravenózní imunoglobuliny
IVT	Intravenózní trombolýza
JIP.....	Jednotka intenzivní péče
LMWH	Nízkomolekulární hepariny
m.	Sval (musculus)
MG.....	Myasthenia gravis
MR	Magnetická rezonance
MRA.....	Magnetická rezonance s angiografií
n.	Nerv (nervus)
nc.	jádro (nucleus)
NGS	Nasogastrická sonda
NK	Neurologická klinika
ORL	Ušní-nosní-krční (Otorhinolaryngologie)
PAD	Perorální antidiabetika
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK.....	Periferní žilní katetr
RS	Roztroušená skleróza
TPMT	thiopurin methyltransferáza
VAS	Vizuální analogová stupnice
VFSS.....	Videofluoroskopické vyšetření polykacího aktu
WHO.....	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚVOD

V této bakalářské práci se zabýváme souborem příznaků, které nazýváme bulbární syndrom. Jedná se o syndrom, který definuje různá onemocnění periferního CNS, a tím neurologovi pomáhá v diagnostice konkrétního onemocnění. Svými projevy neurologovi sdělí, kde je konkrétní problém a na co se má zaměřit.

Tento syndrom s sebou nese řadu specifických ošetrovatelských problémů, které vyžadují multioborovou spolupráci LÉKAŘ – SESTRA - REHABILITAČNÍ PRACOVNÍK - LOGOPED. Mezi nejvýraznější příznaky patří bezesporu porucha řeči a polykání, které jsou pro pacienta velkým problémem nejen fyzicky, ale i psychicky. Pacient by měl být důkladně edukovaný a mít dostatek znalostí o své nemoci. Dnes již všeobecné sestry ví, že se mají dívat na pacienta holisticky a saturovat jeho potřeby fyzické, psychické, sociální i spirituální. To, co je dnes zlatým standardem sesterské ošetrovatelské péče, však nebylo v minulosti samozřejmostí. Léčba bulbárního syndromu se odvíjí od základního typu onemocnění, které syndrom způsobuje. Vyléčením tohoto základního onemocnění, vymizí u nemocného i syndrom samotný.

Cílem této práce je přinést poznatky o tom, jak ve zdravotnické praxi probíhá ošetrovatelská péče u nemocného s bulbárním syndromem, zmapovat informovanost pacientů, zjistit jejich vnímání a prožívání příznaků u bulbárního syndromu a případně přinést nové podněty pro praxi.

Podkladem této práce je rešerše, která byla vypracována Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje v lednu 2020 (viz Příloha 1). Tato rešerše mi doporučila 5 knižních titulů, 12 článků, z nichž 1 byl cizojazyčný a 3 elektronické dokumenty. Zbytek citované literatury byl dohledáván samostatně během psaní práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FUNKCE HLAVOVÝCH NERVŮ IX. – XII.

V této kapitole bych se ráda blíže věnovala některým hlavovým nervům, konkrétně hlavovým nervům IX. – XII., jejichž léze se mohou projevovat různými příznaky, které jsou specifické pro bulbární syndrom. Právě anatomie a funkce těchto hlavových nervů, je klíčová pro pochopení jednotlivých příznaků specifických pro bulbární syndrom.

1.1 Základní charakteristika nervů postranního smíšeného systému a n. XII

Soubor tří hlavových nervů IX. n. glossopharyngeus, X. n. vagus a XI. n. accessorius se souhrnně nazývá postranní smíšený systém. Postranní se nazývá z důvodu výstupu kořenových vláken výše jmenovaných nervů po straně medulla oblongata (= prodloužená mícha), laterálně od nc. olivaris inferior (= oliva). Smíšený má původ v obsahu všech typů nervových vláken – visceromotorická, somatomotorická, viscerosenzitivní a somatosenzitivní. Visceromotorická vlákna směřují k jednotlivým orgánům a ovlivňují tak jejich hladkou svalovinu. Somatomotorická vlákna vedou informace z mozku do nervosvalové ploténky. Viscerosenzitivní vlákna vedou vjemy z receptorů ve vnitřních orgánech (např. baroreceptory, chemoreceptory). Posledním typem vláken jsou somatosenzitivní, která přivádějí vjemy z povrchu těla a pohybového ústrojí. (ČIHÁK, 2004 stránky 495-506) (DRUGA, 2011 stránky 46-51)

Pro postranní smíšený systém je také charakteristické, že nervy mají některá společná jádra. Mezi tato jádra řadíme nucleus ambiguus, nucleus dorsalis nervi vagi a nucleus solitarius. Nucleus ambiguus je somatomotorické jádro, je umístěné na spodině IV. mozkové komory. Jeho vlákna inervují především svaly hltanu, patrových oblouků, hrtanu a také příčně pruhované svaly jícnu. Nucleus dorsalis nervi vagi je visceromotorické jádro uložené vedle nucleus ambiguus. Toto jádro vysílá především parasympatická vlákna pro inervaci glandula parotis a prostřednictvím vagových větví inervuje slizniční žlázy. Posledním jádrem je nucleus solitarius, které je viscerosenzitivní, přijímá senzitivní vlákna z většiny trávicí trubice, hltanu a hrtanu. Část tohoto jádra přijímá také chuťová vlákna. Pro somatosenzitivní vlákna postranní systém nemá specifické jádro, proto tato vlákna přejímají jádra trigeminová (tzn. jádra trojklanného nervu, n. V.). (ČIHÁK, 2004 stránky 495-506) (DRUGA, 2011 stránky 46-51)

K projevům bulbárního syndromu může přispívat též léze motorického XII. hlavového nervu, n. hypoglossus, ten však do postranního smíšeného systému neřadíme, z důvodu jeho výstupu kořenových vláken před olivou po straně prodloužené míchy (viz Příloha 2, Obrázek 1). (ŠTEFÁNEK, 2011)

1.1.1 N. glossopharyngeus (n. IX)

Nervus glossopharyngeus je jazykohltanový nerv, který patří mezi hlavové nervy. Je součástí postranního smíšeného systému. Obsahuje více typů vláken. Má část motorickou, která má společnou pletěň s desátým hlavovým nervem. Inervuje svaly pharyngu, měkké patro a musculus stylopharyngeus. Tím zajišťuje hybnost měkkého patra, hltanu a isthmus faucium. Při lézi v této motorické části nervu dochází k poruše polykání (= dysphagie). Dále vysílá svá parasymptická vlákna ke glandula parotis (= příušní žláza) a tím zajišťuje její sekreci. Při poruše těchto vláken dochází k poruchám sekrece příušní žlázy. Senzitivní vlákna n. glossopharyngeus zásobují senzitivně farynx, Eustachovu trubici a tonsily. Při lézi těchto vláken dochází k poruše čítí. Chuťová vlákna jazykohltanového nervu inervují zadní $\frac{1}{3}$ jazyka a zajišťují tak jeho chuťový vjem, který může být přerušen lézí. (ČIHÁK, 2004 stránky 495-497) (AMBLER, 2011 str. 59)

1.1.2 N. vagus (n. X.)

Nervus vagus je bloudivý nerv, patří mezi hlavové nervy. Je to největší nerv postranního smíšeného systému. Obsahuje vlákna somatomotorická, visceromotorická, senzitivní, viscerosenzitivní a chuťová. Somatomotorická vlákna inervují především larynx, pharynx a hlasivky, tím umožňují motoriku příslušné oblasti. Léze somatomotorických vláken vagového nervu mohou způsobit dysartrii (= porucha řeči), dysfonii (= porucha hlasu), dysphagii a parézu (= ochrnutí) měkkého patra. Visceromotorická vlákna nervus vagus jsou parasymptická a vedou ke gangliím při orgánech v dutině hrudní a břišní, odkud pak vycházejí vlákna pro vlastní inervaci orgánů. Léze mohou zapříčinit spasmy a poruchy funkce jednotlivých orgánů. Senzitivní vlákna vedou vjemy z kořene jazyka, zevního zvukovodu, horní části boltce. Poškození vedení vzruchu má následky v poruchách čítí a dávivého reflexu. Viscerosenzitivní část vagového nervu vede vjemy z hltanu, hrtanu, orgánů hrudníku a trávicí trubice. Pokud jsou tato vlákna drážděna, vyvolá to bradykardii. Při lézi dochází k tachykardii. Chuťová vlákna zajišťují senzorickeou funkci z oblasti epiglottis

a glossoepiglotické oblasti. (ČIHÁK, 2004 stránky 498-503) (AMBLER, 2011 stránky 59-60)

1.1.3 N. accessorius (n. XI.)

Nervus accessorius je přídatný nerv, který také řadíme k hlavovým nervům a do postranního smíšeného systému. Jde o čistě motorický nerv, vysílající dvě větve, ramus internus a ramus externus. Ramus internus se ihned po svém odstupu spojuje s nervus vagus a podílí se na inervaci svalů hrtanu. Při lézi ramus internus může docházet k projevům dysartie a dysfonie. Jako kmen nervus accessorius pokračuje ramus externus, do kterého v průběhu vstupují některé větve z krční pleteně, především větve C₁ - C₄. Ramus externus motoricky inervuje m. trapezius a sternocleidomastoideus, a tím se funkčně podílí na elevaci ramen, úklonu a rotaci hlavy. Léze zapříčiní parézu příslušných svalů. (ČIHÁK, 2004 stránky 503-505) (AMBLER, 2011 str. 60)

1.1.4 N. hypoglossus (n. XII.)

Nervus hypoglossus nebo také podjazykový nerv, patří mezi hlavové nervy. Je to motorický nerv pro jazyk. Má své vlastní jádro, nucleus nervi hypoglossi, uložené pod spodinou IV. mozkové komory. Jeho kořenová vlákna vystupují před olivou a sbíhají se v kmen n. hypoglossus, který ve svém průběhu po opuštění lebečního prostoru přijímá větve z krčních nervů C₁-C₃ pro inervaci některých svalů. Podjazykový nerv motoricky inervuje svaly jazyka. Poškození nervu vede k obrně svalů jazyka na stejné straně poškození nervu. Pokud poprosíme pacienta s jednostrannou obrnou o vyplazení jazyka, bude jazyk přetlačen zdravou stranou na stranu postiženou. (ČIHÁK, 2004 stránky 505-506) (AMBLER, 2011 stránky 60-61)

2 BULBÁRNÍ SYNDROM = PERIFERNÍ POSTIŽENÍ

V této kapitole si blíže specifikujeme, co je bulbární syndrom, a jaké jsou jeho nejčastější projevy. Také jmenujeme některá onemocnění, která mohou bulbární syndrom způsobovat. V další podkapitole se pak budeme věnovat vyšetřovacím metodám.

2.1 Charakteristika bulbárního syndromu

Jak již samotný název syndrom vypovídá, jde o soubor příznaků charakteristický pro určité onemocnění. Bulbární syndrom se projevuje v případě oboustranné léze kaudálních částí hlavových nervů IX. - XII., popřípadě jejich jader. Onemocnění, projevující se právě bulbárním syndromem, může být spousta a mohou být různé etiologie. (AMBLER, 2011 str. 61) (ŠTEFÁNEK, 2011) (MAŇASKOVÁ, 2010) (PIVOŇKOVÁ, 2012-2018)

2.2 Projevy bulbárního syndromu

Příznaky bulbárního syndromu jsou v přímé souvislosti s narušením funkce výše zmíněných hlavových nervů či jejich jader. Tyto nervy mají celou řadu funkcí, mezi které patří zejména funkce polykání a řízení svalů podílejících se na tvorbě řeči. Z toho vyplývá, že nejčastějším projevem bulbárního syndromu je tzv. otevřená huhňavost (=setřelá nosová řeč, rhinolalie) a porucha polykání, se kterou pak stoupá riziko aspirace tekutiny nebo sousta. U některých pacientů se pak mohou vyskytovat další projevy bulbárního syndromu, jako jsou např. samovolné záškuby jazyka (= fascikulace), vyhaslý dávivý reflex, pokles měkkého patra a další. (AMBLER, 2011 str. 61) (SEIDL, 2008 str. 33) (ŠTEFÁNEK, 2011) (MAŇASKOVÁ, 2010) (PIVOŇKOVÁ, 2012-2018)

2.2.1 Dysartrie

Dysartrie je odborný název pro poruchu řeči, vzniklou organickým poškozením. U pacienta je zjevné narušení vyslovování a porucha mluvení samotného. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011 str. 38)

Můžeme rozlišit několik typů dysartrií, podle místa a charakteru organického poškození. Pro bulbární syndrom je typická tzv. chabá (=bulbární) dysartrie. Nejčastější příčinou je léze jednoho či několika hlavových nervů. Porucha může být jednostranná nebo oboustranná, kdy při oboustranné poruše bývá zpravidla narušeno správné polykání a žvýkání. Projevem chabé dysartrie může být také například chraptivý tichý hlas nebo huhňavost. Častá je i porucha realizace artikulačních pohybů. Jednotlivé projevy jsou vždy spojené s po-

ruchou jader hlavových nervů. Nedostatkem inervace trpí hlavně svaly, které ochrnou a postupem času atrofují. U některých pacientů tak můžeme následkem atrofie svalů pozorovat tzv. fascikulace, které jsou patrné nejvíce v oblasti jazyka. Dle místa léze hlavových nervů dochází k ochrnutí svalů jazyka, hltanu, hrtanu či měkkého patra. U bulbární dysartrie bývá poškozeno zpravidla několik hlavových nervů v různých kombinacích. Týká se to především nervů postranního smíšeného systému (n. IX. - n. XI), trojklanného nervu (n. V.), lícního nervu (n. VII) a podjazykového nervu (n. XII). (DARLEY, 1975) (KEJKLÍČKOVÁ, 2011 str. 39) (LECHTA, 2011 str. 283 a 287)

2.2.2 Dysfonie

Dysfonie je porucha hlasu. Zde bych ráda zmínila huhňavost, která bývá pro bulbární syndrom typická, z důvodu špatného patro-hltanového uzávěru, který může být zapříčiněný ochrnutím příslušných svalů. Dále může mít nemocný vlivem organického poškození svalů zastřelý hlas, chraptivý hlas nebo mluvit šeptem. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011 str. 96)

2.2.3 Rhinolalie

Rhinolalie je termín spíše používaný v logopedii, pro sestry a pro lékaře je používanější termín huhňavost. Mandysová (2016) popisuje celkem tři typy huhňavosti, a to huhňavost otevřenou, zavřenou a smíšenou. Pro bulbární syndrom je typická spíše huhňavost otevřeného typu, to znamená, že vzduch proniká nosohltanem do nosu. Nosní dutina rezonuje pod náparem vzduchu a vzniká tak nosová řeč. Příčinou rhinolalie může být např. ochrnutí patrohltanového uzávěru. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011 str. 29 a 35)

2.2.4 Dysfagie

Dysfagie je obecně charakterizována jako porucha polykání. Pacientovi může činit potíže polykání slin, tekutin, tuhé nebo polotuhé konzistence v různé míře. Označení dysfagie se užívá především pro narušený posun sousta z úst do žaludku. Polykání je možné dělit na několik fází podle lokalizace sousta, a to na fázi orální, fázi faryngeální a fázi ezofageální. Orální fáze se ještě dále dělí na orální fázi přípravnou a orální fázi transportní. Průběh polykání je ovlivněn řádnou funkcí některých hlavových nervů. Mezi tyto nervy patří n. trigeminus (n. V), n. facialis (n. VII), n. hypoglossus (n. XII) a nervy postranního smíšeného systému (n. IX, n. X, n. XI). Za žvýkání sousta je zodpovědný n. trigeminus, za retný uzávěr pak n. facialis. Celkovou manipulaci se soustem v dutině ústní společně ovlivňují n. trigeminus, n. facialis a n. hypoglossus. (MANDYSOVÁ, 2016 stránky 8-9)

Dysfagie lze dělit na několik typů, které se však liší podle zdrojů. Nejčastěji se rozlišují dva základní typy dysfagie. Zaprvé rozlišujeme dysfagii orofaryngeální (horního typu) a zadruhé ezofageální (dolního typu). Horní typ dysfagie zahrnuje oblast hltanu a horní část jícnu. Do dolního typu pak řadíme oblast dolní části jícnu. Dle patofyziologie můžeme dysfagii dělit na neurogenní či strukturální. S neurogenní poruchou se můžeme setkat např. na oddělení geriatrické či neurologie a s poruchou strukturální se můžeme setkat spíše na oddělení ORL. (MANDYSOVÁ, 2016 str. 12)

Mezi nejčastější příčiny neurogenní dysfagie dozajista patří CMP. Dysfagie po CMP je charakterizována hlavně problémy v orální a hrtanové fázi polykání. Konkrétně můžeme zmínit např. absenci těsnění rtů nebo poruchy žvýkání a neúplné vyprázdnění úst. Mendes Bahia (2016) ve svém článku také uvádí, že předpokladem pro dysfagii u iktů je dysartie. Prováděla studii na 31 pacientech po akutní mrtvici v Brazílii a zjistila mimo jiné, že s poruchou komunikace a dysphagie, projevujících se zároveň, se potýkalo 51.6% zkoumaných pacientů. Dysfagie však může být také symptomem u mnoha dalších neurologických onemocnění, jako jsou např. Myasthenia gravis, Parkinsonova nemoc, syndrom Guillain-Barré, ALS, RS, tumory atd. (MANDYSOVÁ, 2016 str. 12) (MENDES BAHIA, 2016 stránky 155-162)

Nejen u diagnostiky, ale i u léčby dysfagie, je nutná multioborová spolupráce. Pacient by měl být vyšetřen neurologem, ORL specialistou, logopedem a měl by podstoupit test polykání vylučující aspiraci. Existuje mnoho druhů dotazníků specializujících se na dysfagii. U nás na neurologické klinice ve FN Plzeň používáme GUSS-test (viz Příloha 3 a 4, Obrázek 2 a 3). Mezi další známé hodnotící škály používané v ČR patří dále např. FOIS (Functional Oral Intake Scale). (KONEČNÝ, 2017 stránky 175-176)

Mezi objektivní diagnostická vyšetření dysfagie řadíme FEES (flexibilní endoskopie) a VFSS (videofluorografické vyšetření).

2.2.5 Pokles měkkého patra

Pokles měkkého patra můžeme pozorovat při oboustranné lézi n. vagus (n. X.), kdy dochází k asymetrickému poklesu patra, kterému se také jinak přezdívá příznak opony (viz Příloha 5, Obrázek 4). Pokud by byla léze n. vagus jednostranná, docházelo by u nemocného k přetažení uvuly na zdravou stranu, zvláště při fonaci. (AMBLER, 2011 str. 61) (FSPS str. 18)

2.2.6 Snížený či vyhaslý dáivý reflex

Dáivý reflex zajišťují aferentní vlákna n. glossofaryngeus (n. IX.) a motorickou složku zajišťují eferentní vlákna n. vagus (n. X.). Dáivý reflex lze vyvolat dotykem štětičky na zadní straně faryngu. Reflex může jednostranně vyhasnout při lézi n. glossofaryngeus. (AMBLER, 2011 str. 59)

2.2.7 Dyspnoe

Dýchání patří mezi základní vitální funkce člověka. U neurologicky nemocných můžeme nalézt mnoho druhů poruch dýchání, různé etiologie. V této podkapitole se budeme blíže věnovat poruchám dýchání u neurologicky nemocných při postižení periferního nervového systému. Dochází zde k postižení motoneuronů, které inervují dýchací svaly. (BURIANOVÁ, a další, 2006 str. 46)

Jedním z hlavních rysů postižení motoneuronů je svalová slabost inervovaných svalů, snížená ventilace, dušnost, a s tím související omezení fyzické aktivity a zkrácení dechu. Hypoventilaci můžeme u nemocného pozorovat nejdříve ve spánku. Stupeň hypoventilace je závislý na stupni oslabení dechových svalů. Dušnost je většinou námahová a ponámahová. Zkrácení dechu se vyskytuje u nemocného především v průběhu mluvení a jídla. U nemocných s bulbárním syndromem, kteří trpí poruchou dýchání, může dojít až k respiračnímu selhání. (BURIANOVÁ, a další, 2006 str. 47)

2.2.8 Poruchy srdeční činnosti

Poruchy srdeční činnosti, které můžeme nalézt u bulbárního syndromu, jsou charakterizovány poruchami vegetativních větví n. vagus. Pokud dochází ke dráždění této větve, u nemocného se bude objevovat bradykardie. Pokud však dojde k lézi parasympatických vláken n. vagus, můžeme u nemocného pozorovat tachykardii. (AMBLER, 2011 str. 60)

2.2.9 Atrofie jazyka s fascikulacemi

Jak již samotný název napovídá, jde o zmenšení či ztenčení jazyka a jeho záškuby (viz Příloha 5, Obrázek 5). Tyto příznaky bývají typické např. u amyotrofické laterální sklerózy (ALS). U ALS sice nebývají tyto příznaky ihned z počátku, ale u většiny nemocných se druhotně vyvinou. Pokud fascikulace nejsou u ALS přítomny, měli bychom znovu uvažovat o správnosti dg. (AMBLER, 2011 str. 61) (AMBLER, 2006 str. 10)

2.3 Možné příčiny bulbárního syndromu

Příčinou bulbárního syndromu bývá nejčastěji onemocnění CNS v oblasti prodloužené míchy. Můžeme sem zařadit například lokální tumory, CMP v oblasti kmene, meningoencephalitidy nebo ALS. Ne vždy je ale příčina pouze v CNS, někdy se může manifestovat bulbární syndrom i u poruchy samotných odstupujících nervů. Řadíme sem například onemocnění Guillain-Barré nebo Myasthenia Gravis. (AMBLER, 2011 str. 61) (ŠTEFÁNEK, 2011)

2.4 Diagnostika bulbárního syndromu

V neurologii máme mnoho vyšetřovacích metod, počínaje anamnestickým rozhovorem, neurologickým vyšetřením, laboratorními nábery, až po specifickou diagnostiku jako je např. CT, CT AG, MR, MRA, lumbální punkce, EMG, EEG a další. Vzhledem k široké škále onemocnění, která se mohou projevovat bulbárním syndromem u nemocného, je stejně tak široké i spektrum diagnostických metod.

2.4.1 Vyšetření neurologem

Neurologické vyšetření řadíme mezi základní vyšetření lékařem, skládá se z anamnestického rozhovoru a vlastního neurologického vyšetření. Neurolog vyšetřuje na nemocném různé odchylky od normálu. Dále se zaměřuje především na výbavnost jednotlivých reflexů, sleduje správné svalové napětí, čítí, mluvu, zorné pole nemocného apod. (viz Příloha 6, Obrázek 6).

Neurolog při vyšetřování používá kromě zraku a hmatu také různé pomůcky, jako je např. ladička, neurologické kladívko se zabudovaným špendlíkem nebo štětíčku.

2.4.2 CT či MR

Počítačová tomografie (CT) patří mezi základní diagnostickou metodu a je široce dostupná. Prostý nativní snímek mozku, bez kontrastní látky, patří mezi zlatý standart vyšetřovacích metod v neurologii (viz Příloha 7, Obrázek 7). Musíme však počítat s tím, že i CT bez kontrastní jodové látky je pro pacienta zátěž, protože se jedná o vyšetření, které využívá rentgenové záření. Může se uplatnit např. v odhalování cévních mozkových příhod ischemického i hemoragického původu, tumorů či jiných poúrazových stavů. (HERZIG, 2014 stránky 43-44) (VENDIŠ, a další, 2007-2020)

Magnetická rezonance (MR) je další vhodnou diagnostickou metodou. Nevyužívá rentgenové záření, ale magnetické pole. Pro diagnostiku některých neurologických onemocnění je vhodnější právě MR, hlavně u tumorů, zánětlivých onemocnění mozku a diferenciální diagnostice bolestí hlavy (viz Příloha 7, Obrázek 8). Nevýhodou této metody je její horší dostupnost a větší časová náročnost. (HERZIG, 2014 str. 45) (BAXA, a další, 2007-2020)

2.4.3 Lumbální punkce

Lumbální punkce je vyšetřovací metoda, při které se do míšního kanálu zavádí lumbální jehla za účelem odebrání mozkomíšního moku. Jehla se zavádí do páteřního kanálu, konkrétně do jeho subarachnoidálního prostoru, nejčastěji mezi lumbálními obratli L3-L4 nebo L4 - L5 (viz Příloha 8, Obrázek 9). Tato vyšetřovací metoda se v neurologii hojně využívá např. k diagnostice zánětlivých onemocnění mozku. (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 37)

2.4.4 EMG

Elektromyografie (EMG) je vyšetřovací metoda založená na akčních potenciálech, vznikajících v nervovém vlákne a nervosvalové tkáni. Na kůži jsou přilepeny jehlové elektrody, které snímají tyto akční potenciály a v počítači se převedou do křivek, které poté lékař hodnotí (viz Příloha 8, Obrázek 10). Toto vyšetření se provádí u onemocnění, kde je podezření na špatné vedení vzruchu nebo jeho vzniku, jako je např. myasthenia gravis. (SLEZÁKOVÁ, 2014 stránky 54-55)

2.5 Logopedická péče a doporučené fyzioterapeutické metodiky

Logopedická péče je zaměřena především na cviky podporující svaly úst, jazyka a měkkého patra. (KEJKLÍČKOVÁ, 2011 str. 39)

Následující metodiky, přispívají k obnovení funkcí správné řeči, orofaciální motoriky a správné techniky polykání. K těmto metodikám je zapotřebí spolupráce fyzioterapeuta s logopedem. Vybrala jsem tři techniky využívané v logopedii. Mimo níže jmenované, sem můžeme zařadit ještě např. *metodiku reflexní lokomoce dle Vojty* nebo *Kabatovu techniku*.

2.5.1 Metodika Bobathových

Zaměřuje se na rytmizaci mluvy a hybnosti a využití tzv. útlumových poloh. Bobath koncept též zahrnuje tzv. ústní terapii, která stimuluje polykání a rozvoj orofaciální motoriky a napomáhá též k obnovení příjmu potravy. (LECHTA, 2011 stránky 290-291)

2.5.2 Metoda Castillo-Morales (= orofaciální regulační terapie)

Tato metoda byla vyvinuta argentinskými lékaři a specializuje se, jak již název vypovídá, na orofaciální oblast. Tato metoda využívá tzv. motorických bodů v oblasti obličeje. Tím přispívá k obnovení senzomotorické funkce v oblasti obličeje, hrtanu a úst. Obnovuje správnou funkci mimického svalstva, svalstva jazyka, žvýkání a polykání. Nejčastěji se užívá u obrny lícního nervu (n. VII) (LECHTA, 2011 stránky 292-293)

2.5.3 Myofunkční terapie

Tato metodika je hojně využívána především v zahraničí. Upravuje svalovou a funkční nerovnováhu v orofaciální oblasti. Využívá koordinační pomůcky, jako je např. kroužek na ploše jazyka, různé tvary umožňující vnímat polohu jazyka apod. Velmi úspěšně s její pomocí můžeme odstranit artikulační poruchy. (LECHTA, 2011 str. 293)

3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U NEMOCNÉHO S BULBÁRNÍM SYNDROMEM

V této kapitole se věnujeme ošetrovatelské péči v neurologii, a to konkrétně u nemocného s bulbárním syndromem. Ošetrovatelská péče u bulbárního syndromu má svá specifika. Popisujeme zde ošetrovatelské problémy a diagnózy, které se pojí s ošetřováním nemocného a základní testy a škály vhodné k monitoraci a saturaci potřeb pacienta. Neméně důležitou podkapitolou je také správná edukace pacienta.

3.1 Ošetrovatelská péče v neurologii

Ošetrovatelská péče v neurologii je specializovaná péče, zaměřená na nemocné s neurologickými chorobami. Opírá se jak o vědecké, tak o humanitní vědní disciplíny. Jejím úkolem je uspokojení bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb nemocného. (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 8)

V následujících podkapitolách se budeme zabývat ošetrovatelskými problémy a diagnózami, které se mohou vyskytovat u nemocného s bulbárním syndromem. Pro lepší přehlednost jsme vybrali nejstěžejnější domény v Taxonomii II NANDA-I.

3.1.1 Doména 2: Výživa

V této doméně může sestra stanovit hned několik diagnóz podle určujících znaků u nemocného. Nemocní s bulbárním syndromem mají **narušené polykání** (kód diagnózy 00103), s tím souvisí např. **nevyvážená výživa** (kód diagnózy 00002), **riziko sníženého objemu tekutin** (kód diagnózy 00028), **riziko nerovnováhy elektrolytů** (kód diagnózy 00195) nebo **riziko nevyváženého objemu tekutin** (kód diagnózy 00025). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 151) (HERDMAN, 2020 stránky 183-184)

3.1.2 Doména 3: Vylučování a výměna

V této oblasti se sestra zabývá správnou funkcí močového, gastrointestinálního, kožního a dýchacího systému. Neurologicky nemocní pacienti, kteří se projevují bulbárním syndromem, mívají často **narušené vylučování moči** (kód diagnózy 00016). Z důvodu sledování bilance tekutin, je jim často zaveden permanentní močový katetr, se kterým se pojí diagnóza **riziko infekce** (kód diagnózy 00004). V oblasti gastrointestinálního systému se sestra zaměřuje na vyprazdňování nemocného. Pacienti v rámci hospitalizace, a také vlivem nevyváženého příjmu potravy a tekutin, mohou trpět **zácpou** (kód diagnózy 00011). Vlivem nemoci může mít nemocný oslabené dýchací svaly a tím i ventilaci plic, se kterou se pojí

diagnóza **narušená výměna plynů** (kód diagnózy 00030). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 152) (HERDMAN, 2020 stránky 219-220)

3.1.3 Doména 4: Aktivita/Odpočinek

Pacienti s bulbárním syndromem mají narušený spánek, trpí **nespavostí** (kód diagnózy 00095) a **nedostatkem spánku** (kód diagnózy 00096). Trpí celkovou **únavou** (kód diagnózy 00093), se kterou se pojí např. **deficit péče při koupání, oblékání, stravování** (kód diagnózy 00108, 00109, 00102), **zhoršená tělesná pohyblivost** (kód diagnózy 00085) a **zhoršená spontánní ventilace** (kód diagnózy 00032). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 152) (HERDMAN, 2020 stránky 243-244)

3.1.4 Doména 5: Vnímání/Kognice

Mezi projevy bulbárního syndromu patří také dysatrie, rinolalie a dysfonie. V důsledku poruchy řeči sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu **narušená verbální komunikace** (kód diagnózy 00051). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 152) (HERDMAN, 2020 stránky 283-284)

3.1.5 Doména 6: Sebevnímání

Díky nemoci může nemocný pociťovat **beznaděj** (kód diagnózy 00124), která se může projevovat např. pasivitou nebo nechutenstvím. (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 153) (HERDMAN, 2020 str. 301)

3.1.6 Doména 9: Zvládání zátěže/Tolerance stresu

Pacienti s bulbárním syndromem, kteří mají z důvodu únavy postižený dýchací systém, většinou trpí **úzkostí** (kód diagnózy 00146) a **strachem** (kód diagnózy 00148). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 153) (HERDMAN, 2020 stránky 351-352)

3.1.7 Doména 11: Bezpečnost/Ochrana

Při příjmu nemocného k hospitalizaci sestra zajišťuje intravenózní kanylu kvůli regulaci příjmu tekutin a podávání intravenózních léčiv dle ordinace lékaře. V souvislosti s ošetrovatelskou péčí o intravenózní vstupy se pojí **riziko infekce** (kód diagnózy 00004) a **narušená integrita kůže** (kód diagnózy 00046). V souvislosti s celkovou únavou pacienta je důležité vzít v úvahu taktéž **riziko pádu** (kód diagnózy 00155). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 153) (HERDMAN, 2020 stránky 421-423)

3.1.8 Doména 12: Pohodlí

Sestra by měla mít vždy na paměti, že pacient může trpět **bolestmi** (kód diagnózy 00132, 00133). (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 153) (HERDMAN, 2020 str. 487)

3.2 Nejčastější hodnotící škály a testy v neurologii

Hodnotící škály a testy používá sestra jako doplňkovou vyšetřovací techniku. Měly by být časově nenáročné na administrativu a schopny zahrnout najednou velké množství znaků. V neurologii se nejčastěji hodnotí úroveň vědomí a orientace, bolest, stupeň sebepečce, riziko vzniku proleženin, riziko pádu, GUSS- test a další. (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 23)

3.2.1 Zjištění stavu vědomí pacienta

V této kapitole bych se ráda zaměřila na hodnocení kvalitativní stránky vědomí, které hodnotí hloubku poruchy vědomí od plného vědomí až po kóma. Na určení hloubky vědomí se v praxi nejvíce využívá *GCS* (= *Glasgow Coma Scale*), hodnotí se 3 složky odpovědi pacienta. Zaprvé sleduje úroveň odpovědi očí na různé podněty, zadruhé motorickou odpověď pacienta a poslední testovanou oblastí je slovní odpověď (viz Tabulka 1). Nejnižší možné skóre u GCS jsou 3 body a nejvyšší možné skóre pak 15 bodů. (SLEZÁKOVÁ, 2014 stránky 23-24) (VÖRÖSOVÁ, 2015 str. 47)

Tabulka 1: GCS test

(zdroj: SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. str. 24. ISBN 978-80-247-4868-9.24)

Test	Skóre
Nejlepší motorická odpověď	
vyhoví	6
lokalizuje bolest	5
uniká před bolestí	4
flexe na bolest	3
extenze na bolest	2
nula	1
Nejlepší verbální odpověď	
orientovaný	5
zmatená konverzace	4
nepřiměřená slova	3
nesrozumitelné zvuky	2
nula	1
Otevření očí	
spontánní	4
na oslovení	3
na bolest	2
nula	1
Výsledky	optimum: 15 pesimum: 3

3.2.2 Zhodnocení úrovně soběstačnosti pacienta

Správné zhodnocení úrovně soběstačnosti pacienta je klíčové pro zpracování ošetrovatelského plánu sestrou, aby poskytovaná péče mohla být odpovídající pacientovým potřebám. Existuje několik testů, které sestřám mohou pomoci v hodnocení úrovně soběstačnosti pacienta, jako jsou například Barthelův test základních všedních činností (= ADL), Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga modifikovaný Staňkovou) nebo např. Klasifikace funkčních úrovní sebepečce podle M. Gordonové. V praxi je však nejvíce používán test ADL. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 stránky 19-20) (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 29)

Barthelův test základních všedních činností – ADL

Barthelův test hodnotí stupeň závislosti pacienta na ošetrovatelském personálu (viz Tabulka 2). Bodová stupnice nabývá hodnot od 0 do 100 bodů, kdy 0-40 bodů upozorňuje na vysoký stupeň závislosti, 45-60 bodů na závislost středního stupně, 65-95 bodů na lehkou závislost a 100 bodů poté na nezávislost pacienta. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 str. 20)

Tabulka 2: Barthelův test základních všedních činností – ADL

(Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. str. 20 ISBN 978-80-247-1148-5.)

Činnost	Provedení činnosti	Hodnocení (body)
Najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně bez pomoci	5
	neprovede	0
Vyprazdňování moče	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Vyprazdňování stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

3.2.3 Hodnocení rizikových faktorů vzniku dekubitů

Dekubity vznikají především na predilekčních místech, proto je nutné těmto místům věnovat zvýšenou pozornost. Rizikové faktory vzniku dekubitů se mohou hodnotit podle mnoha stupnic jako je např. Waterlowova škála, Knollova stupnice nebo u nás nejrozšířenější stupnice podle Nortonové (viz Tabulka 3). Ve všech těchto stupnicích se zaměřujeme na hodnocení stavu pokožky, věk, inkontinenci atd. Všechny tyto faktory mají vliv na potencionální vznik dekubitů a na stanovení vhodné ošetrovatelské péče dle stavu pacienta. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 str. 25) (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 29)

Stupnice podle Nortonové

Stupnice dle Nortonové je v ČR nejrozšířenější a nejpoužívanější stupnicí v hodnocení rizikových faktorů vzniku dekubitů. Bodové rozmezí se pohybuje od 7 do 32 bodů, kdy 25 a méně bodů již považujeme za rizikové hodnocení pro vznik proleženin a indikuje správné nastavení ošetrovatelského plánu a polohovací strategie u rizikového pacienta. (SLEZÁKOVÁ, 2014 str. 29) (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 stránky 25-26)

Tabulka 3: Stupnice podle Nortonové

(Zdroj: ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. str. 26, ISBN 978-80-247-1148-5.*)

Body	Věk	Stav pokožky	Další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	< 30	alergie	DM, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občas
2	< 60	vlhká	ucpávání tepen, obezita	špatný	zmatený	sedáčka	velmi omezená	převážně moč
1	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

3.2.4 Hodnocení polykání a výživy pacienta

K hodnocení stavu výživy pacienta při přijetí používá sestra *nutriční screening*. Možností nutričního screeningu je celá řada. Obsahuje údaj o hmotnosti, BMI (Body Mass Index), neúmyslném zhubnutí za časový interval a omezení příjmu potravy. BMI udává poměr mezi váhou a výškou pacienta. Výsledkem BMI bývá určité rozmezí. Normální BMI se pohybuje mezi 20-25. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 stránky 23-24)

$$BMI = \frac{\text{hmotnost (kg)}}{\text{výška (m)} \times \text{výška(m)}}$$

Při narušeném polykání je možné využít GUSS test (viz Příloha 3 a 4, Obrázek 2 a 3), který se využívá především u cévních mozkových příhod. Tento test nalezne uplatnění ale také u mnoha dalších neurologických onemocnění, se kterými se pojí porucha polykání a potenciální bulbární nebo pseudobulbární syndrom.

GUSS – test (= Gugging Swallowing Screen)

Jde o screeningové vyšetření schopnosti polykání. Má dvě části, předtestové vyšetření a přímý test polykání. Maximální počet bodů, kterých lze dosáhnout je 20 a udává normální schopnost polykání bez rizika aspirace. Součástí testu je na zadní straně uvedena tabulka hodnocení, která sestře doporučí typ stravování, který je pro pacienta vhodný vzhledem dosažených bodů v testu. (FN Brno)

3.2.5 Hodnocení bolesti

Na hodnocení bolesti existuje hned několik škál, které sestra vhodně doplňuje rozhovorem s nemocným a jeho pozorováním. Mezi nejznámější škály hodnocení bolesti patří VAS (vizuální analogová škála), analogová numerická škála bolesti, verbální škála bolesti nebo škála výrazů obličeje. Lze také využít mapy bolesti. Zjišťujeme intenzitu, lokalizaci, typ bolesti (ostrá, tupá, pulsující, kolikovitá,...) a její závislost časovou či vztaženou k poloze a činnosti nemocného. Hodnocení bolesti je velmi specifické, jelikož jde o subjektivní prožívání nemocného. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006 stránky 29-30)

Mezi nejčastěji používanou definici bolesti patří ta, kterou přijala Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization): „*Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození.*“ (JANÁČKOVÁ, 2007 str. 8)

Vizuální analogová stupnice (VAS)

Vizuální analogová škála využívá hodnocení bolesti na přímce 10 cm a bývá často odstupňována barevně od nejnižší po nejvyšší barevnou intenzitu. (viz Příloha 9, Obrázek 11)

Analogová numerická škála bolesti

U analogové numerické škály bolesti jde o číselné hodnocení, jak již název vypovídá. Pacient vyjadřuje intenzitu bolesti přímo číslem, kdy 0 není žádná bolest a 10 je největší bolest jakou si pacient umí představit. (viz Příloha 9, Obrázek 12)

Škála výrazů obličeje

Tato škála nalézá uplatnění u lidí se sníženou schopností komunikace a vyjadřování, např. malé děti nebo někteří senioři či lidé s poruchou řečových funkcí. V této škále jsou seřazeny mimické projevy obličeje u postupně narůstající intenzity bolesti (viz Příloha 9, Obrázek 13).

3.2.6 Hodnocení rizika pádu

V praxi se nejvíce využívá *jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu*, kdy hodnotíme pacienta v několika oblastech. Hodnotíme pohyb pacienta, jeho vyprazdňování, smyslové poruchy, věk, mentální stav a medikace, které mohou ovlivnit mobilitu nemocného. (viz Příloha 10, Obrázek 14)

3.2.7 Hodnocení rizik v oblasti dýchání

U bulbárního syndromu je dobré zmapovat i rizika v oblasti dýchání, a k tomu se jako vhodná jeví především *Breinstainova škála k hodnocení situace a rizik v oblasti dýchání*. Tato hodnotící škála mapuje hned několik oblastí pacienta spojených s dýcháním, jako je např. orotracheální manipulace, ochota spolupracovat, prodělané plicní onemocnění, porucha polykání, porucha imunity a další. Bodové rozmezí se pohybuje od 0 do 45 bodů. Při 0-6 bodech pacient není ohrožen, v rozmezí 7-15 bodů je pacient ohrožen a u 16-45 bodů je pacient vysoce ohrožen vznikem poruchy dýchání nebo jsou poruchy již přítomny. (viz Příloha 11, Obrázek 15)

3.3 Edukace pacienta s bulbárním syndromem

Edukace a edukační proces jsou nedílnou a podstatnou částí kvalitní ošetrovatelské péče. Úkolem edukace ve zdravotnictví je především předcházení nemoci, udržení nebo také navrácení zdraví a zvýšení kvality pacientova života. Edukátorem ve zdravotnictví bývá nejčastěji všeobecná sestra, která zjišťuje edukační potřeby pacienta rozhovorem či pozorováním. Edukátorem může být také lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut, logoped nebo další ošetřující personál. (JUŘENÍKOVÁ, 2010 stránky 10-11)

Specifická edukace pacientů s bulbárním syndromem je zaměřená především na zvýšení informovanosti pacienta o základním onemocnění, které syndrom způsobuje. Dále se zaměřujeme na proces polykání, dysfagické pomůcky, správné orofaciální techniky a nácvik polykání. Jelikož se u bulbárního syndromu často vyskytuje chabá dysartrie, edukujeme pacienta spolu s klinickým logopedem také v oblasti poruchy zvuku jednotlivých hlásek při artikulaci a nacvičujeme správnou výslovnost. Pacient je edukován všeobecnou sestrou i v jiných oblastech běžných denních činností, které mohou být zhoršeny z důvodu základního onemocnění. Jde např. o edukaci v oblasti výživy, oblékání, hygieny, polohování, úlevových poloh při bolestech, manipulaci s lůžkem a používání signalizačního zařízení, atd. Součástí edukace nemusí být jen pacient samotný, ale můžeme edukovat také rodinu, která se chce zapojit do péče o nemocného.

4 PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM A SMÍŠENÝ BULBÁRNÍ A PSEUDOBULBÁRNÍ SYNDROM

V této kapitole se zaměříme především na rozdíly mezi bulbárním, pseudobulbárním a smíšeným syndromem. Rozdíly jsou mnohdy malé, ale mohou klinicky poukazovat na jiné onemocnění, a proto je důležité se o nich zmínit v této bakalářské práci.

4.1 Pseudobulbární syndrom

Pseudobulbární syndrom vzniká u oboustranného postižení kortikobulbární dráhy při supranukleární lézi, jde tedy o postižení centrální. Projevy pseudobulbárního syndromu jsou podobné jako u bulbárního syndromu, např. dysartrie a dysfagie. Na rozdíl od bulbárního syndromu nalezneme u pseudobulbárního syndromu dáivý reflex, který bývá zachován nebo je zvýšený. Na pacientovi můžeme pozorovat i jistou emoční labilitu. Typickým projevem pseudobulbárního syndromu bývá spastický smích a pláč. Dalšími příznaky mohou být poruchy stoje a frontální typ chůze. (AMBLER, 2011 str. 61) (SEIDL, 2008 str. 33) (PIVOŇKOVÁ, 2014) (MAŇASKOVÁ, 2010)

4.1.1 Typická onemocnění projevující se pseudobulbárním syndromem

Nejčastější příčinou vzniku pseudobulbárního syndromu bývá ateroskleróza nebo cévní mozková příhoda. Po CMP je poškozená část mozku zprvu dobře kompenzovaná zdravou stranou, avšak s odstupem času, v řádu i několika měsíců, může proběhnout mozkový infarkt na druhé straně, a pak nalézáme u takto nemocných pacientů pseudobulbární syndrom. (SEIDL, 2015 str. 112) (AMBLER, 2011 str. 61)

4.2 Smíšený pseudobulbární a bulbární syndrom

Jak již samotný název vypovídá, jde o kombinaci obou syndromů. Léze se nachází centrálně i periferně a podle toho se u nemocného projevují různé příznaky, jako je např. dysartrie, dysfagie, atrofie a fascikulace jazyka. Dáivý reflex bývá většinou zachován. Dále se u nemocného projevují zvýšené šlachokosticové reflexy a zároveň spasticita, citlivost bývá zachována. (PIVOŇKOVÁ, 2014) (AMBLER, 2006)

4.2.1 Typické onemocnění smíšeného pseudobulbárního a bulbárního syndromu

Nejtypičtějším onemocněním projevující se právě smíšeným pseudobulbárním a bulbárním systémem je amyotrofická laterální skleróza (ALS) nebo také nemoc motoneuronu. Jde o degenerativní onemocnění, při kterém dochází k zániku motoneuronů. Dle převahy

oblasti zániku motoneuronů převládá symptomatika bulbární nebo pseudobulbární. Postiženy mohou být přední rohy míšni, motorická kortikospinální dráha, mozková kůra nebo motorická jádra hlavových nervů. (PIVOŇKOVÁ, 2014) (AMBLER, 2006) (AMBLER, 2011 stránky 240-241)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Téma jsme si vybrali z důvodu zvýšení výskytu bulbárního syndromu u hospitalizovaných nemocných. Tento syndrom se objevuje u mnoha neurologických onemocnění, ale je často upozadován. Touto prací bychom chtěli zmapovat charakteristické ošetrovatelské problémy týkající se tohoto syndromu a vytvořit u nemocných ošetrovatelský plán. Dále bychom chtěli zjistit, jak se nemocní dozvídají o bulbárním syndromu a zda jsou tyto informace pro nemocného dostatečné. Neméně důležité pro nás bylo i zjištění, zda pacienti pociťují příznaky bulbárního syndromu a jak je prožívají.

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem?

5.1 Cíl a úkoly práce

5.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem.

5.1.2 Dílčí cíle

1. Vytvořit ošetrovatelský plán nemocného s bulbárním syndromem.
2. Zjistit, zda je pacient dostatečně informován o bulbárním syndromu.
3. Zmapovat vnímání bulbárního syndromu a příznaků s ním spojených nemocným.

5.1.3 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u nemocného s bulbárním syndromem?
2. Jaké ošetrovatelské diagnózy se pojí s bulbárním syndromem?
3. Jak získávají nemocní správné informace o bulbárním syndromu? Jsou podle nich dostatečné?
4. V jaké míře pociťuje nemocný příznaky onemocnění a jak se jeho pocity mění během léčby?

5.2 Charakteristika sledovaného souboru

Do výzkumu (kazuistik) byli zahrnuti vybraní pacienti s bulbárním syndromem, hospitalizovaní ve FN Plzeň na Iktové jednotce neurologického oddělení, z důvodu validního sběru dat ke kazuistikám v časovém rozmezí září – prosinec 2020.

Celkem byli vybráni 2 participanti, jeden s diagnózou Myasthenia Gravis a druhý s CMP v oblasti kmene. Kritériem výběru byla schopnost a ochota spolupráce a hlavně projevy bulbárního syndromu při základním onemocnění. Participantům byl podán informovaný souhlas, který dobrovolně podepsali. Vzor informovaného souhlasu je přiložen v příloze bakalářské práce (Příloha 13). Participanti byli poučeni o anonymitě v rámci této práce, a proto je budeme dále nazývat participant A participant B.

5.3 Metodika práce

Pro zpracování bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Při kvalitativním výzkumu se spíše zaměřujeme na analytický postup. Jde o odhalení spojení a závislostí určitých jevů. Data ve kvalitativním výzkumu mají charakter textu, ne čísel. Participanti jsou vybíráni podle určitých charakteristických znaků, které chceme zkoumat. Badatel je zahlcen množstvím informací, kterým musí dát určitý řád a musí se správně rozhodnout, která data jsou pro výzkum podstatná, a která nikoli. (KUTNOHORSKÁ, 2009, s. 22-23)

Kvalitativní výzkum byl proveden formou případové studie. Výsledkem případové studie může být např. kazuistika, což je ucelená a do jisté míry i velmi podrobná studie konkrétní osoby. Problémem u případové studie může nastat v časové posloupnosti ošetrovatelských jevů a také v určité formě zaujatosti. Důležité jsou odůvodnění výběru případu a jeho kritéria výběru. (KUTNOHORSKÁ, 2009, s. 76)

Případová studie se v našem případě skládala primárně z polostrukturovaného rozhovoru, jako doplňkové metody jsme zvolili pozorování a analýzu dokumentace. Výsledkem případové studie jsou dvě ucelené kazuistiky zaměřené především na porozumění ošetrovatelským problémům.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z otevřených otázek, jehož okruhy byly zaměřeny především na anamnestický sběr dat, model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové a informovanost participantů o bulbárním syndromu. Celý průběh rozhovoru byl se souhlasem participanta nahráván na diktafon. Z nahraného materiálu jsme čerpali v následujících kapitolách bakalářské práce a částečně byl i přepisován do elektronické podoby.

Pozorování probíhalo jako součást jednotlivých rozhovorů a také v rámci poskytované odborné ošetrovatelské péče v nemocnici.

5.4 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal ve FN Plzeň na Iktové jednotce neurologického oddělení v časovém rozmezí září 2020 - prosinec 2020. Participantů byli poučeni o možnosti neodpovídat na otázky, které se jim zdály nevhodné. Souhlas s výzkumným šetřením ve FN je přiložen na konci této práce. (Příloha 12)

První participantka A byla oslovena 6. 11. 2020 a ochotně souhlasila s účastí na výzkumu k této bakalářské práci. Participantka byla na neurologické klinice hospitalizována pro zhoršení stavu při Myasthenia gravis. Celkem jsme se sešli 7x a poté jsme spolu komunikovali telefonicky. Na prvním sezení jsem participantku seznámila s obsahem bakalářské práce a cílem výzkumu a dala jí prostudovat informovaný souhlas, který je jako vzor přiložen v příloze této práce (Příloha 13). Na druhé schůzce byl vyzvednut podepsaný informovaný souhlas a iniciován společný rozhovor, který byl se souhlasem participantky nahráván na diktafon. Rozhovor byl polostrukturovaný s otevřenými otázkami a trval přibližně 30 minut. Následné zpracování rozhovoru doma zabralo přibližně 75 minut. Na třetí schůzce probíhali doplňující otázky k rozhovoru z minulé schůzky, se zaměřením hlavně na pocity participantky z nového a náhle vzniklého onemocnění. Rozhovor trval přibližně 25 minut. Zpracování dat zabralo asi 60 minut. Dále jsme se zaměřili na ošetrovatelský problém s poruchou polykání a cvičili správné techniky polykání a rehabilitovali. Časová dotace v tomto případě byla 30 minut. Na dalších 4 schůzkách jsme se zaměřovali na ostatní ošetrovatelské problémy a pocity s nimi spojené. Časová dotace zabrala vždy přibližně 60 minut, včetně edukace participantky.

Druhý participant B byl osloven 19. 12. 2020. Participant se na neurologické klinice léčil s CMP a ochotně souhlasil s účastí na výzkumu k této bakalářské práci. Celkem jsme měli 8 schůzek. Na první schůzce 19. 12. 2020 byl participant obeznámen s obsahem a cílem výzkumu této bakalářské práce. Dále mu byl podán k podpisu informovaný souhlas, který je přiložen v příloze této bakalářské práce jako nevyplněný vzor (Příloha 13). Druhá schůzka probíhala především formou rozhovoru, který byl se souhlasem participanta nahráván na diktafon. Schůzka trvala přibližně 45 minut. Výňatky z rozhovoru jsou za souhlasu participanta použity v dalších kapitolách této práce. Třetí schůzka byla uskutečněna formou doplňujících otázek k rozhovoru. Schůzka trvala pouze 15 minut, z důvodu vyšetření byla předčasně ukončena. Následující 4 setkání byla zaměřena na ošetrovatelské problémy spojené s bulbárním syndromem a na edukaci nemocného v oblasti výživy a komunikace. Časová dotace byla vždy přibližně 45 minut. Na osmé schůzce, která trvala asi 25 minut, jsme

se s participantem ohlédlí za prodělaným onemocněním a rozebírali jsme pocity z náhle vzniklého onemocnění a psychický stav během hospitalizace. Přepis rozhovorů s pacientem doma trval přibližně 90 minut.

5.5 Zpracování dat

Data byla získána především formou rozhovoru a nahráváním na diktafon, který byl poté přepsán do elektronické podoby. Dále sběr dat probíhal pozorováním a studiem ošetrovatelské dokumentace. Byly použity také různé hodnotící škály a testy, jejichž analýza probíhala formou tužka - papír. Výsledkem je případová studie, která byla zpracována především přepisem a analýzou tužka - papír, za použití metody otevřeného kódování a kategorizace výsledných dat.

6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

6.1 Kazuistika 1

6.1.1 Anamnéza

Participant A je žena 73 let s diagnózou Myasthenia gravis, která byla uvažována od srpna 2020. Od té doby se nemocná léčí ambulantně u svého neurologa. Pro zhoršení bulbárních příznaků, byla participantka dovezena do FN Plzeň, kde byla následně hospitalizována na NK JIP.

Osobní anamnéza

V dětství prodělala běžná dětská onemocnění. Participantka má uzел pravého laloku štítné žlázy, divertikulózu esovité kličky tlustého střeva, vnitřní hemoroidy I. stupně a léčí se s hypertenzí. V březnu 2014 prodělala hysterektomii s následnou colpoperineoplastikou. V červenci 2020 prodělala akutní pankreatitidu. Od srpna 2020 řešena pro suspektní parézu lícního nervu vlevo, postupně se přidávaly další příznaky – kolísavá ptóza levého víčka, setřelá řeč, bolesti šíje, oslabené kousání. Obtíže se stupňují postupně během dne. Uvažována diagnóza generalizovaná Myasthenia gravis včetně bulbárního syndromu.

Rodinná anamnéza

Pacientka je vdova od roku 2014 a má jednoho syna, který je zdravý. Otec zemřel v 84 letech na stáří a matka v 58 letech na rakovinu, ale neví čeho. Měla bratra, který zemřel, ale neví přesně okolnosti, protože se nestýkali.

Gynekologická anamnéza

Menstruace nastoupila v 17 letech a byla pravidelná, menopauza od 50 let. Podstoupila jeden porod, ze kterého má syna, potraty žádné.

Pracovní anamnéza

Celý život pracovala v kancelářském prostředí, nyní je v důchodu.

Sociální anamnéza

Bydlí sama v panelovém bytě. Má jen syna a kamarádky. Ráda by měla také nějaká vnoučata. Se všemi blízkými má láskyplný a vřelý vztah.

Farmakologická anamnéza

Godasal 100 mg	1-0-0 tbl.
Amlozek 5 mg	1-0-0 tbl.
Egiloc succ. 25 mg	1-0-0 tbl.
Mestinon 60 mg	1-1-1-1 tbl.
Prednison 20 mg	1-1-0 tbl.

Alergická anamnéza

U pacientky se v minulosti objevila alergická reakce po podání tetracyklinu.

6.1.2 Fyzikální vyšetření

Celkový dojem: Pacientka při vědomí, orientovaná osobou, časem i místem. Spolupracuje, bez poruchy porozumění, přítomná těžká nasolalie.

Hlava: Hlava bez známek traumatu, ptóza levého víčka, zornice isokorické s pozitivní fotoreakcí, pacientka udává diplopii. Zuby cení symetricky, patrové oblouky zdvihá, zachován dávivý reflex, jazyk plazí středem. Schopná polykat kašovitou stravu. Pacientka odkašle slabou silou.

Krk: Šíje je volná, ameningeální a slabá.

Hrudník: Hrudník na pohled fyziologický, plíce na poslech bez patologických slyšitelných fenoménů. Pravidelná srdeční akce, také bez slyšitelných patologií.

Horní končetiny: Horní končetiny zdvihne nad hlavu, kde se po 5-ti tlesknutích projeví slabost v ramenou. Stisk obou rukou je s normální zachovanou silou a symetrický, jemná motorika je dobrá.

Dolní končetiny: Dolní končetiny udrží, taxe dobrá, citlivost zachována. Pacientka byla vyšetřena v leže na lůžku.

Váha: 72 kg

Výška: 158 cm

BMI: 28,84

Krevní tlak: 152/78 mm/Hg

Dechová frekvence: 19/min

SpO₂: 95%

Tepová frekvence: 71/min

Tělesná teplota: 36,2 °C

6.1.3 Logopedické vyšetření

Pacientka 73 let s diagnózou MG je orientovaná a spolupracuje. Pacientka momentálně bez fatické poruchy. Faciokineze je lehce deficitní vlevo, kontrakce žvýkacích svalů je snížena taktéž vlevo. Pacientka pláží jazyk mírně doleva a má oslabené svalstvo jazyka. Artikulace je snížena především z důvodu snížené pohyblivosti jazyka. Nyní přítomna změněná nazalia (přibývá s délkou mluvení) a suspektní velofaryngeální insuficience. Řečový projev po chvíli namáhavý.

Závěrečná diagnóza: dysartie při onemocnění Myasthenia gravis

Logopedická terapie: Kondiční dialog, cvičení pro zlepšení faciokineze, posilování svalů jazyka, důraz na dodržování zásad při cvičení a při příjmu potravy, cvičení pro zlepšení funkce kořene jazyka, artikulační cvičení.

6.1.4 Průběh hospitalizace

Pacientka, hypertonička, 73 let, byla přijatá pro dekompenzaci generalizované Myasthenie gravis (MG) včetně bulbárního syndromu a počínající námahové dušnosti na oddělení neurologie JIP dne 6. 11. 2020. Při příjmu na NK JIP zaveden PŽK (G20) a PMK (Fr 14). Diagnostika MG nebyla toho času dokončena, ale klinicky se jevila jako velmi pravděpodobná. Od srpna 2020 diplopie při pohledu doleva, ptóza levého víčka, potíže se měnily v průběhu dne. Pro vyloučení jiných patologických změn provedeno CT mozku, kde byly popsány vaskulární změny. Při podezření na MG jsme přistoupili k postupné titraci Prednisonu na 40 mg/den, byl nasazen Mestinon 60 mg 4x denně a byly nabrány antiACHR protilátky, které se později potvrdily jako pozitivní. Bylo naplánováno EMG vyšetření na našem pracovišti ve FN Plzeň ke dni 12. 11. 2020. Na NK JIP zahájeno podávání IVIG 2g/kg v 5-ti denním schématu (30 - 30 - 30 - 30 - 20). Byla též odeslána genetika TPMT při nasazení azathioprinu. Ve vstupní laboratoři zaznamenána vyšší nelačná glykémie, mírná leukocytóza

a mírně snížená funkce ledvin. Dne 8. 11. 2020 došlo k přechodnému zhoršení projevů bulbárního syndromu, byla zavedena NGS. Potíže byly notným projevem psychické nadstavby a nevyspaní, z toho důvodu byla pacientce nastavena anxiolytická a hypnotická terapie s přihlédnutím k onemocnění MG. Dne 12. 11. 2020 provedeno EMG vyšetření, které potvrzuje generalizovanou MG. V dalším průběhu hospitalizace pacientka stabilní, celkově spíše s příznivým vývojem. Postupně schopna perorálního příjmu tekutin a kašovitě stravy, z toho důvodu 13. 11. 2020 extrahována NGS. Od 14. 11. 2020 pacientku trápily dysurické potíže, po extrakci PMK. Potvrdil se chemický a sedimentační náleží v moči, svědčící o uroinfekci, z toho důvodu nasazena empiricky ATB léčba (amoxicilin-klavulanát). Pacientka subjektivně udává stran dysurických potíží zlepšení, v kontrolní laboratoři však stále přetrvává leukocytóza, ale bez elevace CRP. Dne 15. 11. 2020 doplněno CT plic a mediastina k vyloučení thymomu. Na brzlíku a v rozsahu CT vyšetření nebyla nalezena žádná hrubá patologie. Dne 16. 11. 2020 přeložena na standartní lůžka NK.

Na standartních lůžkách NK se pacientka dále zlepšovala, postupně začala polykat pevnější stravu, i když kousání jí stále činilo potíže. Přetrvává stále chabá dysartie, která progreduje s délkou mluvení. Kontrolní laboratorní vyšetření moči proběhlo se zlepšením nálezu, a tak byly po 7 dnech vysazeny antibiotika. Prednison byl navýšen na konečnou dávku 70 mg/den. Vzhledem ke zvýšeným jaterním testům ponechán Imuran 25 mg/den. Dne 23. 11. 2020 byla pacientka propuštěna domů a následně do péče praktického lékaře, ve stabilizovaném stavu s předpokladem dalšího zlepšování na zavedené léčbě. Pacientce naplánována kontrola v naší neuromuskulární ambulanci na 17. 12. 2020 ve 14 hodin.

6.1.5 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sesbírána v průběhu 3. a 4. dne hospitalizace. Nástrojem sběru dat se stal především poskytnutý rozhovor pacientkou na diktafon, sběr dat z ošetřovatelské dokumentace a vlastní pozorování pacientky. Jako ošetřovatelský model jsme zvolili **model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové**.

Vnímání zdraví a jeho udržování

Pacientka hodnotila svůj dřívější život jako uspokojivý. Poté, co jí zemřel manžel v roce 2014, se cítila opuštěná a psychicky zranitelná. Pacientka udává od té doby zhoršení svého zdravotního stavu. Od roku 2014 prodělala řadu různých vyšetření a výkonů hned v několika orgánových systémech. Z mnoha výkonů jmenuje např. snášení polypů v tlustém

střevě, hysterektomii či chirurgické řešení akutní pankreatitidy. Nyní má obavy z nové diagnózy MG.

Výživa a metabolismus

Pacientka nikdy nedržela žádnou speciální dietu a udává, s náznakem úsměvu, že jí jídlo vždy chutnalo. Momentálně vlivem onemocnění trpí spíše nechutenstvím. Má problémy s polykáním a i když se zkouší kašovitá strava per os, bylo nutné dočasné zavedení NGS.

Vylučování

Při hospitalizaci na NK JIP byl pacientce zaveden PMK, z důvodu důsledného sledování tekutinové bilance. Během hospitalizace se objevila též projímavá stolice, která však byla způsobena farmakologicky, vlivem Mestinonu. Stolice byla bez patologických příměsí a krve.

Aktivita, cvičení

Když byla pacientka mladší, hrávala závodně volejbal, nyní před progresí nemoci chodila na procházky s kamarádkami. Momentálně se cítí slabá po pár krocích a zadýchává se.

Spánek, odpočinek

Vlivem onemocnění se participantka cítí slabá a velmi rychle se unaví. Spánek jí nikdy nečinil potíže, cítila se po spánku vždy odpočínutá. Ráda relaxuje čtením knih a luštěním křížovek. Nyní během hospitalizace trpí nespavostí, z důvodu dušnosti a obav z dalšího průběhu onemocnění.

Citlivost, vnímání, poznávání

S vnímáním, učením a udržením pozornosti pacientka nemá problém, pouze je patrné mírně zpomalené psychomotorické tempo.

Sebepojetí, sebeúcta

Participantka se má ráda, cítí se spokojená sama se sebou. Doslova udává: „*Co bych taky v tomhle věku mohla chtít.*“

Role, vztahy

Pacientka má syna, se kterým má velmi vřelý vztah. Také má několik kamarádek, se kterými se pravidelně stýkají. Rodinné vztahy byly komplikované. Pacientka zmiňuje: „*S rodiči, ani bratrem jsem nevyrostala, vychovávala mě babička. Kladné vztahy jsme měli v mládí hlavně se sestřenicí, se kterou jsem vyrůstala.*“

Reprodukce, sexualita

První menzes se objevil v 17-ti letech. Perioda byla vždy pravidelná. Prodělala jeden porod, ze kterého má syna. Nyní stav po hysterektomii v roce 2014 a následné colpoperineoplastice, z důvodu vyhrězlé dělohy a pochvy. Menopauza od 50 roku.

Stres, zátěžové situace – zvládání a tolerance

Stresové situace snáší hůře, ale vždy zavolá kamarádce, které se vypovídá, nebo se sejdou na kávu a vše důkladně proberou, poté se cítí o něco lépe. Díky diagnóze nového onemocnění je míra stresu u pacientky vyšší a zvládá ji hůře, z toho důvodu nasazeny lékařem přechodně anxiolitika.

Víra, životní hodnoty

Pacientka není věřící, ani křtěná.

6.1.6 Provedené hodnotící škály a testy

Hodnotící škály a testy uvedené této kapitole byly vyhodnoceny 3. den hospitalizace. Pro lepší přehlednost jsme se rozhodli výsledky demonstrovat v tabulkách.

Nutriční screening

Participantka A jedla poloviční porce, snažila se polykat zahuštěné tekutiny. BMI má v rozmezí normy. V bodovém vyhodnocení nutričního screeningu nám vyšly 3 body, tudíž není potřeba intervence výživového specialisty. Podrobněji viz Tabulka 4.

Tabulka 4: Nutriční screening - Participant A

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Věk	1	66-75 let

Výška / hmotnost	0	Lze změřit / zvážit
Lze získat informace	0	Ano
BMI	0	V rozmezí 20-35
Nechtěný úbytek hmotnosti	0	Žádný
Jídlo za 3 týdny	1	Poloviční porce
Projevy nemoci	0	Žádné
Faktor stresu	1	Střední
Celkem	3 body	
Hodnocení	0-3 body	Není potřeba intervence

GUSS-test

Z důvodu zhoršeného polykání byl u participantky vyhodnocen také GUSS-test, který je jako nevyplněný vzor součástí přílohy (Příloha 3 a 4, Obrázek 2 a 3). Pacientka dosáhla v testu 10-ti bodů a spadá tedy do 3. kategorie, což je středně těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace. Pacientce byla tedy po domluvě s lékařem zavedena NGS a nastavena počínající dysfagická dieta.

Rizikové faktory pro vznik pádu

V rámci ošetřovatelské anamnézy jsme hodnotili i riziko pádu. Participantka A byla vyhodnocena na 5 bodů, což spadá pod střední riziko vzniku pádu. Podrobněji viz Tabulka 5.

Tabulka 5: Hodnocení rizikových faktorů pro vznik pádu - Participant A

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Dezorientace	0	Ne
Demence	0	Ne
Deprese	0	Ne

Věk nad 65 let a více	2	Ano
Pád v anamnéze	0	Ne
Hospitalizace prvních 24 hodin	0	Ne
Zrakový/sluchový problém	0	Ne
Užívání léků ovlivňujících mobilitu	0	Ne
Soběstačnost	2	Částečná
Schopnost spolupráce	0	Spolupracující
Závratě	0	Ne
Noční nucení na močení	0	Ne
Buzení v noci, nespavost	1	Ano
Celkem	5 bodů	
Hodnocení	5-13 bodů	Střední riziko

Rizikové faktory pro vznik dekubitů

Při hodnocení rizikových faktorů pro vznik dekubitů dle Nortonové nám vyšlo, že participantka A má nízké riziko vzniku dekubitů (viz Tabulka 6).

Tabulka 6: Rizikové faktory pro vznik dekubitů dle Nortonové - Participant A

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Schopnost spolupráce	4	Úplná
Věk	1	Nad 60 let
Stav pokožky	4	Intaktní
Další nemoci	1	3 a více nemocí
Tělesný stav	3	Zhoršený

Stav vědomí	4	Dobry
Pohyblivost	3	Částečně omezená
Inkontinence	2	Převážně močová
Aktivita	2	Sedačka
Celkem	24 bodů	
Hodnocení	24-25 bodů	Nízké riziko vzniku dekubitů

Barthelův (ADL) test

Participantka A dosáhla v ADL testu 50-ti bodů. Toto skóre odpovídá střednímu stupni závislosti na ošetrovatelském personálu. Konkrétní bodové ohodnocení viz Tabulka 7.

Tabulka 7: Barthelův (ADL) test - Participant A

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Příjem potravy a tekutin	5	S pomocí
Oblékání	5	S pomocí
Koupání	0	Neprovede
Osobní hygiena	5	S pomocí
Kontinence moči	5	Občas inkontinentní
Kontinence stolice	10	Plně kontinentní
Použití WC	5	S pomocí
Přesun lůžko – židle	10	S malou pomocí
Chůze po rovině	5	Na vozíku
Chůze po schodech	0	Neprovede
Celkem	50 bodů	

Hodnocení	45-60 bodů	Závislost středního stupně
-----------	------------	----------------------------

Rizikové faktory a situace v oblasti dýchání

Z důvodu zhoršeného dýchání při námaze jsme provedli test na rizikové situace a faktory v oblasti dýchání dle Breinsteinové. Participantka zde dosáhla 7 bodů a spadá tedy do ohrožené skupiny pacientů.

Tabulka 8: Rizikové faktory a situace v oblasti dýchání dle Breinsteinové - Participant A

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Ochota spolupracovat	0	Ochoten kontinuálně spolupracovat
Současné plicní onemocnění	0	Nemá žádné
Prodělané plicní onemocnění	0	Neprodělal žádné
Porucha imunity	1	Lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí
Orotracheální manipulace	0	Žádné výkony v dýchacích cestách
Kuřák/pasivní kuřák	0	Nekouří a nebývá v zakouřené místnosti
Bolest	0	Nemá
Porucha polykání	1	Porucha polykání tekutin
Omezení pohybu	2	Pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle
Ohrožující povolání	0	Nevykonává takové povolání
Intubační narkóza/respirátor	0	Nebyla v posledních 3 týdnech
Stav vědomí	0	Při vědomí
Hloubka dechu	1	Dýchá namáhavě
Dechová frekvence	1	Přechodně nepravidelná tachypnoe/bradypnoe

Léky tlumící dýchání	1	Občas dostává léky tlumící dýchání
BODOVÉ VYHODNOCENÍ:	7	7-15 bodů ohrožen

6.1.7 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA- I Taxonomie II

NANDA-I v roce 2002 přijala Taxonomii II, která je modifikací modelu funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové. Nyní se Taxonomie II dále člení na domény, třídy a vlastní ošetřovatelské diagnózy. Máme celkem 13 domén, 47 tříd a 244 současných diagnóz. (HERDMAN, 2020 str. 110 a 122)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00162 – Připravenost na zlepšení péče o zdraví

(Doména 1 – Třída 2 – Koncepce: péče o zdraví)

Pacientka se zapojuje do léčebného režimu. Vykonávané činnosti související s léčebným režimem by se však mohly ještě více zlepšit.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacientka vyjadřuje touhu po větší informovanosti v souvislosti s jejím onemocněním.

Objektivní: Nemocná mluví o své nemoci a o svých potřebách. Snaží se dodržovat činnosti spojené s léčebným režimem

Očekávané výsledky:

Pacientka porozumí svému onemocnění a projevům s ním souvisejícím. K dohledání informací o své nemoci pacientka využije vhodné zdroje.

Intervence:

Podávej nemocné pravdivé informace o jejím onemocnění a doporuč jí vhodné zdroje informací. Sleduj dodržování léčebného režimu pacientkou.

Hodnocení:

Pacientka správně dodržuje léčebný režim a zároveň si dohledala dostatek informací o své nemoci a jejich projevech.

00103 – Narušené polykání (str. 200)

(Doména 2 – Třída 1 – Koncepce: polykání)

Pacientka má vlivem onemocnění narušené polykání, které je možné do jisté míry zlepšit správnými technikami a nácvikem polykání.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná verbalizuje pocit uvíznutí sousta a zatékání tekutin do dýchacího systému.

Objektivní: U nemocné se projevuje opožděné polykání a kuckání tekutin.

Očekávané výsledky:

Pacientce se bude moci vytáhnout nasogastrická sonda a obnoví se u ní polykání nezahusťených tekutin.

Intervence:

Vysvětlí a předvede pacientce správné techniky polykání a společně je nacvičují. Podávej pacientce dysfagickou dietu a zahušťuj jí tekutiny.

Hodnocení:

Pacientka zná správné techniky polykání a ví jak je používat. Pacientka nyní zvládne polknout i tekutiny, a tak se mohla vytáhnout i NGS.

00013 – Průjem

(Doména 3 – Třída 2 – Koncepce: průjem)

U pacientky se během hospitalizace projevila průjmovitá stolice, která byla způsobena farmakologicky.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná pociťuje nutkavou potřebu dojit si na WC.

Objektivní: Pacientka vždy po polknutí tabletky Mestinonu do půl hodiny odchází na WC, kde vykoná několik průjmovitých stolic.

Očekávané výsledky:

Pacientka si na lék časem přivykne a nebude mít tak časté nutkání na stolicí.

Intervence:

Vysvětlí pacientce důvod projímavé stolice. Zajisti pacientce dostatečnou hydrataci. Věnuj pozornost okolí řitního otvoru a pečuj o něj hojivou masťou.

Hodnocení:

Pacientka zná důvody průjmovité stolice a je dostatečně hydratována. Okolí řitního otvoru si oplachuje po každé stolici a aplikuje do okolí krém na ochranu kůže. Za dobu hospitalizace se četnost průjmovitých stolicí snížila, ale neustala.

00093 – Únava

(Doména 4 – Třída 3 – Koncepce: únava)

Pacientka pociťuje únavu z nevyspaní, a také svalovou slabost způsobenou základním onemocněním myasthenia gravis.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacientka verbalizuje pocit únavy a slabosti.

Objektivní: Nemocná usíná během dne na krátké časové úseky v křesle, hlavně po jídle. Po pár krocích je vysílená a musí si sednout.

Očekávané výsledky:

Pacientce se upraví spánkový režim a poté se bude cítit čilejší. Pacientka se po nočním spánku bude cítit odpočínutá.

Intervence:

Kontroluj pacientku, aby nespala během dne a zaměstnej jí nějakou činností. Konzultuj s lékařem možnost nasazení lehkých hypnotik, které nejsou v rozporu se základním onemocněním. Před spánkem vyvětrej pacientčinu místnost. Uprav pacientce před spaním lůžko.

Hodnocení:

Lékař předepsal pacientce lehká hypnotika na spaní. Nemocná preferovala kvůli obtížnému dýchání lůžko více podložené pod hlavou. Pacientce se upravil spánkový režim a cítila se být více odpočatá.

00108 – Deficit sebepéče při koupání

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebepéče při koupání)

Pacientka není schopna dojít sama do koupelny a osprchovat se, kvůli základnímu onemocnění projevujícím se svalovou únavou.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná pociťuje nedostatek sil k samostatnému osprchování bez pomoci druhé osoby.

Objektivní: Pacientka není schopná sama dojít do koupelny a zpět. Nezvládá si samostatně umýt a osušit všechny části těla.

Očekávané výsledky:

Nemocná se sama umyje a osuší.

Intervence:

Pomoz pacientce s postupným nácvikem hygieny a přidávej jednotlivé úkony postupně. Dovez pacientku do sprchy na sedačce. Ved' nemocnou k soběstačnosti a sebepéči. Chval nemocnou za každý úspěch vedoucí k větší soběstačnosti.

Hodnocení:

Nejdříve jsme pacientku do sprchy vozili na sedačce a postupem času si pacientka do sprchy došla v doprovodu. Během hospitalizace se pacientka vylepšila natolik, že si do sprchy došla, umyla se a osušila sama.

00109 – Deficit sebeděče při oblékání

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebeděče při oblékání)

Pacientka není schopna se samostatně svléci a obléci kvůli základnímu onemocnění projevujícím se svalovou únavou.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná pociťuje a verbalizuje nedostatek svalové síly, hlavně při zvednutí rukou nad hlavu.

Objektivní: Při delším držení horních končetin nad hlavou se pacientka rychle unaví a končetiny jí klesnou. Není schopna se samostatně převléci.

Očekávané výsledky:

Nemocná se sama dokáže převléci.

Intervence:

Pomoz pacientce s převlékáním a nacvičuj jej postupně s ní. Nechej pacientce dostatek času na převlékání a rozděľ ho na etapy. Nacvičuj držení horních končetin nad hlavou a prodlužuj interval držení vždy o pár sekund. Motivuj pacientku chválou.

Hodnocení:

Pacientka si postupně nacvičila převlékání a během hospitalizace jej sama zvládla.

00102 – Deficit sebeděče při stravování

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebeděče při stravování)

Vzhledem k základnímu onemocnění, které způsobuje parézu polykacího svalstva, byla pacientce zavedena nasogastrická sonda, do které jí byla podávána dodatečná výživa. Nemocná sice částečně byla schopna polykat, avšak to nebylo dostatečné.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacientka pociťovala únavu. Dále pociťovala strach, že se nezvládne najíst.

Objektivní: Nemocná není schopna polknout všechny konzistence jídla, vlivem neuromuskulárního onemocnění.

Očekávané výsledky:

Nemocná se sama nají alespoň kašovitě stravy.

Intervence:

Povzbuzuj pacientku v přípravě jídla. Zkoušej pacientce podávat zahuštěné tekutiny a kašovitou stravu. Ponechej nemocné dostatek času na jídlo. Nacvičuj správnou techniku jezení a kousání. Motivuj pacientku pochvalou.

Hodnocení:

Během hospitalizace se nemocná vylepšila stran polykání a zvládla i nezahuštěné tekutiny. Svalová síla se postupně zlepšovala, a tak se pacientka zvládla najíst sama.

00051 – Narušená verbální komunikace

(Doména 5 – Třída 5 – Koncepce: verbální komunikace)

Vlivem onemocnění se u pacientky projevuje setřelá řeč, která má prohlubující se incidenci během dne.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacientka pocítuje stres z neschopnosti vést delší dialog.

Objektivní: U nemocné se s časovou náročností mluvy zhoršuje huhňavost v řeči.

Očekávané výsledky:

Pacientce se řeč vrátí do normálního stavu nebo se alespoňlepší.

Intervence:

Pracuj spolu s nemocnou a logopedkou na tréninku správných svalových skupin ovlivňujících mluvu nemocné. Povídej si s nemocnou, každou volnou chvíli. Motivuj pacientku chválou.

Hodnocení:

Pacientka stále mluví huhňavou řečí. Stále se setřelá řeč stupňuje s časem dialogu. Pacientka pociťuje, že mluví delší dobu bez únavy. Stále potřebuje logopedickou péči.

00148 – Strach

(Doména 9 – Třída 2 – Koncepce: strach)

Nemocná se obává nově diagnostikované nemoci a jejího dalšího průběhu.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná verbalizuje obavy z nemoci a bojí se jejího zhoršení.

Objektivní: Při sdělování obav je na pacientce patrná nervozita a objevuje zvýšená pulzace.

Očekávané výsledky:

Pacientka se zbaví strachu z nemoci.

Intervence:

Informuj pacientku o její nemoci a možnostech jejího průběhu. Doporuč nemocné vhodné zdroje informací o jejím onemocnění. Motivuj pacientku, aby mluvila o svých obavách. Odpovídej pravdivě na otázky nemocné. Udržuj v pacientce naději na uzdravení.

Hodnocení:

Pacientka během hospitalizace mluvila s ošetrovatelským personálem o strachu z nemoci, avšak i přes veškerou snahu personálu se strachu nedokázala zbavit.

00046 – Narušená integrita kůže

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: integrita kůže)

U pacientky byla narušena integrita kůže z důvodu zavedení PŽK.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocná neudává žádné příznaky.

Objektivní: Pacientka má v kůži cizí těleso (PŽK)

Očekávané výsledky:

Pacientka nepocítuje bolest v souvislosti se zavedeným PŽK a okolí vpichu není zarudlé, oteklé nebo nevykazuje žádné jiné patologické stavy.

Intervence:

Kontroluj několikrát denně místo vpichu. Ptej se pacientky, jestli nepocítuje bolest nebo pálení v místě vpichu. Hodnot' místo vpichu dle stupnice Maddona.

Hodnocení:

Nemocná měla během hospitalizace postupně několik PŽK a všechny byly v pořádku. Hodnocení dle Maddona M-0.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

00004 – Riziko infekce

(Doména 11 – Třída 1 – Koncepce: infekce)

Rizikové faktory:

Pacientka je ohrožena infekcí z důvodu zavedení PŽK a PMK.

Očekávané výsledky:

U nemocné v průběhu hospitalizace nedojde k infekci v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Intervence:

Sleduj místo vpichu PŽK a hodnot' jeho okolí. Dbej zvýšené hygieny v oblasti zavedeného PMK.

Hodnocení:

Po vyndání permanentního močového katetru se u nemocné projevila uroinfekce s dysurickými potíži. Lékař pacientce nasadil ATB léčbu.

00039 – Riziko aspirace

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: aspirace)

Rizikové faktory:

Pacientka je ohrožena aspirací z důvodu podávání výživy NGS, poruchy polykání a sníženého dávivého reflexu.

Očekávané výsledky:

Pacientka během hospitalizace neaspiruje.

Intervence:

Zajisti možnost odsávání u lůžka nemocné. Buď přítomna u pacientky v době jídla. Procvičuj s pacientkou dysfagické techniky.

Hodnocení:

Nemocná během hospitalizace neaspirovala.

00155 – Riziko pádů

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: pády)

Rizikové faktory:

Nemocná je ohrožena rizikem pádu především vlivem nervosvalového onemocnění, a také pro zvýšený věk a únavu.

Očekávané výsledky:

Pacientka během hospitalizace neupadne.

Intervence:

Trénuj s nemocnou chůzi a bezpečný přesun z lůžka na křeslo.

Hodnocení:

Pacientka během hospitalizace neupadla.

6.2 Kazuistika 2

6.2.1 Anamnéza

Participant B je 84-letý muž. Dne 18. 12. 2020 dovezen RZP na AZUP FN Plzeň pro podezření na tranzitorní CMP. Při příjezdu vyšetřen neurologem, který pozoroval kolísavé projevy parézy horních končetin vlevo i vpravo a parézu měkkého patra. Pacient mluvil dysartricky, porozumění bylo zachováno. Provedeno CT + CTA_g, kde byl popsán uzávěr a. basilaris. Pacient dostal IVT a odjel akutně na IATE. Po výkonu byl přijat na NK JIP.

Osobní anamnéza

V dětství participant prodělal běžné dětské nemoci. V lednu 2015 měl iCMP vlevo hemisferálně. Nyní se léčí s arteriální hypertenzí, DM II. typu na PAD, hyperlipidémií a Ca prostaty na hormonální terapii.

Rodinná anamnéza

Pacient má dvě děti, dceru (nar. 1967) a syna (nar. 1961). Obě děti jsou zdravé. Matka zemřela v 59 letech na Ca prsu a otec zemřel mladý, ale příčinu nezná. Pacient má ještě jednu sestru.

Pracovní anamnéza

Nyní ve starobním důchodu, dříve pracoval jako projektový manažer.

Sociální anamnéza

S manželkou se přestěhovali na chatu, kde nyní trvale bydlí.

Farmakologická anamnéza

Glukophage 1000 mg	1-0-1 tbl.
Androfin 5 mg	1-0-0 tbl.
Indapamid 1,5 mg	1-0-0 tbl.
Tezeo 80 mg	0-0-1 tbl.
Atoris 10 mg	0-0-1 tbl.
Vasocardin 50 mg	¼-0-¼ tbl.

Januvia 100 mg 1-0-0 tbl.

Anopyrin 100 mg 0-1-0 tbl.

Alergická anamnéza

Alergie neguje.

6.2.2 Fyzikální vyšetření

Celkový dojem: Pacient při vědomí, vcelku orientovaný. Snaží se spolupracovat, bez poruchy porozumění, přítomná těžká dysatrie.

Hlava: Hlava bez známek traumatu, nystagmus, zornice isokorické s pozitivní foto-reakcí. Apraxie cenění, dysfagie při paréze měkkého patra. Ztráta citlivosti obličeje.

Krk: Šije volná, ameningeální.

Hrudník: Hrudník na pohled fyziologický. Srdce i plíce na poslech bez patologických fenoménů.

Horní končetiny: Horní končetiny střídavě paretické a střídavě normální.

Dolní končetiny: Dolní končetiny udrží, taxe dobrá, citlivost zachována. Pacient byl vyšetřen v leže na lůžku.

Váha: 89 kg

Výška: 178 cm

BMI: 28,09

Krevní tlak: 172/88 mm/Hg

Dechová frekvence: 17/min

SpO₂: 98%

Tepová frekvence: 74/min

Tělesná teplota: 36,6 °C

6.2.3 Logopedické vyšetření

Pacient, 84 let, vstupně středně těžká dysartie. Pacient spolupracující, orientovaný, bez fatické poruchy. Byl vyšetřen na lůžku, dialog dostupný, faciokineze nepatrně vážne, špatná koordinace svalstva v oblasti měkkého patra a tím způsobená špatná fonace. Subjektivně pociťuje obtíže hlavně v oblasti polykání.

Závěr: reziduální dysartie s projevy především v oblasti svalů měkkého patra

Logopedická terapie: Kondiční dialog, nácvik faciokineze před zrcadlem, důraz na správnou techniku polykání, edukace v oblasti dysfagických pomůcek.

6.2.4 Průběh hospitalizace

Dne 18. 12. 2020 byl přijat k hospitalizaci na NK JIP 84-letý, vaskulárně rizikový pacient, po iCMP ve vertebrobasilárním povodí. Byl indikován k IVT a následně k IATE. Vstupně objektivně dysartie, dysfagie, přechodná kolísající paréza na obou HK, zpomalené psychomotorické tempo, nauzea a nystagmus. Indikováno zavedení NGS pro poruchu polykání a nauzeu jako prevence aspirace. Provedeno CT a CTAg mozku, kde bylo zjištěno ischemické ložisko v oblasti kmene, vlivem špatné průchodnosti a. basilaris. Na EKG akce srdeční pravidelná. Kvůli sledování bilance a klidovému režimu na lůžku zaveden PMK(Fr14) a také druhý PŽK(G20). Druhý den proběhlo kontrolní CT mozku, kde byla prokázána obnovená průchodnost a. basilaris, bez krvácivých ložisek v okolí. V rámci sekundární prevence změněna antiagregační terapie z ASA na clopidogrel, navýšena dávka statinu, zahájena profylaktická dávka LMWH. Pacient s přetrvávajícími četnými bulbárními příznaky, dysfagie a dysartrie. Doporučená logopedická terapie. Obnovené čítí obličeje a HK nyní bez parézy. Byla odstraněna komprese na a. femoralis vpravo po IATE výkonu. Třetí den u pacienta zkoušena kašovitá strava a zahuštěné tekutiny per os, polyká lépe, avšak polykání je stále opožděné. Stále přetrvává lehká až středně těžká dysartie. Pacient v průběhu hospitalizace stabilní, s postupným zlepšováním v oblasti bulbární symptomatiky. Dne 25. 12. 2020 přeložen, z důvodu tlaku na lůžka, na standartní oddělení NK.

Na standartním oddělení NK se pacient postupně nadále zlepšuje. Dne 26. 12. 2020 byla pacientovi extrahována NGS i PMK. V laboratoři mírná elevace CRP, v moči leukocyturie a kultivačně Klebsiela aerogens, klinicky polakisurie, z toho důvodu zahájena cílená ATB terapie. Dne 31. 12. 2020 pacient propuštěn do domácí péče, kardiopulmonálně stabilní, afebrilní. Pacient předán do péče praktického lékaře a ambulantního neurologa.

Vhodná péče logopeda. Kontrola v naší cévní ambulanci dne 28. 4. 2021. Kontrola u praktického lékaře s kontrolní laboratoří, včetně moči na sediment po ukončení ATB léčby.

6.2.5 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza byla sesbírána v průběhu 2. a 3. dne hospitalizace. Nástrojem sběru dat se stal především poskytnutý rozhovor pacientem na diktafon, sběr dat z ošetřovatelské dokumentace a vlastní pozorování pacienta. Jako ošetřovatelský model jsme zvolili **model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordonové**.

Vnímání zdraví a jeho udržování

Pacient vnímá svůj dosavadní život jako uspokojivý. Léčí se hned s několika nemocemi, avšak neztrácí životní optimismus.

Výživa a metabolismus

Dodržuje speciální diabetickou dietu a hlídá si příjem tuků. Jídlo mu chutná, nyní má problémy s polykáním. Zkouší se strava per os, má zavedenou NGS. Pacient s úsměvem vzpomíná: *„Když jsem ještě neměl cukrovku a zvýšený tuky, tak to jsem si dopřával. Manželka totiž velmi dobře vaří, co Vám budu povídat.“*

Vylučování

Při hospitalizaci na NK JIP byl pacientovi zaveden PMK, z důvodu důsledného sledování tekutinové bilance. Stolice byla pravidelná bez patologických příměsí a krve.

Aktivita, cvičení

Pacient v mládí hodně cvičil a hrál rekreačně fotbal a rád lyžoval. Nyní s manželkou chodí na krátké procházky a věnuje se zahradě kolem chaty. Při příjmu na NK JIP měl nastavený klidový režim na lůžku během prvních 24 hodin.

Spánek, odpočinek

Na spánek si pacient nikdy nestěžoval, spal vždy dobře a po spánku se cítil odpočinitý. Nikdy nemusel užívat žádná hypnotika a během hospitalizace spí také dobře. Rád relaxuje poslechem hudby, sledováním kriminálních seriálů a aktivně při úpravě zahrádky.

Citlivost, vnímání, poznávání

S vnímáním, učením a udržením pozornosti pacient nemá problém, pouze je patrné mírně zpomalené psychomotorické tempo.

Sebepojetí, sebeúcta

Pacient se sám se sebou cítí spokojený.

Role, vztahy

Participant má 2 děti a manželku. Vztahy v rodině jsou v pořádku a velmi vstřícné. Má také 3 vnoučata, která mají již vlastní rodinu.

Reprodukce, sexualita

Pacient má 2 děti, dceru a syna.

Stres, zátěžové situace – zvládání a tolerance

Participant si stres příliš nepřipouští, vždy byl a je životním optimistou. I během hospitalizace rád vtípkuje a povzbuzuje ošetrovatelský personál.

Víra, životní hodnoty

Životní hodnoty má uspořádané a k nějaké konkrétní víře se nahlásí. Věří však, že je něco mezi nebem a zemí.

6.2.6 Provedené hodnotící škály a testy

Hodnotící škály a testy uvedené v této kapitole byly provedeny 2. den hospitalizace, po ukončení klidového režimu pacienta a kontrolním CT mozku. Pro lepší přehlednost jsme se rozhodli výsledky demonstrovat v tabulkách.

Nutriční screening

V bodové hodnocení nutričního screeningu nám vyšlo, že pacient nepotřebuje intervenci nutriční terapeutky. Jeho skóre bylo 3 body. (viz Tabulka 9)

Tabulka 9: Nutriční screening - Participant B

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Věk	2	Více než 75 let
Výška / hmotnost	0	Lze změřit/zvážit
Lze získat informace	0	Ano
BMI	0	V rozmezí 20-35
Nechtěný úbytek hmotnosti	0	Žádný
Jídlo za 3 týdny	0	Plné porce
Projevy nemoci	0	Žádné
Faktor stresu	1	Střední
Celkem	3 body	
Hodnocení	0-3 body	Není potřeba intervence

GUSS-test

Z důvodu zhoršeného polykání byl u participanta vyhodnocen také GUSS-test, který je jako nevyplněný vzor součástí přílohy (Příloha 3 a 4, Obrázek 2 a 3).

Pacient opožděně polykal zahuštěnou tekutinu, ale nezahuštěnou tekutinu nedokázal polknout. V testu tedy dosáhl 11-ti bodů a spadá tedy do 3. kategorie, což je středně těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace. Pacientovi byla tedy po domluvě s lékařem nastavena počínající dysfagická dieta. NGS na spád byla zavedena již při příjmu k hospitalizaci kvůli nauze a jako prevence aspirace.

Rizikové faktory pro vznik pádu

V rámci odběru ošetřovatelské anamnézy jsme hodnotili i riziko pádu. Participant B byl vyhodnocen na 5 bodů, což spadá pod střední riziko vzniku pádu. (viz Tabulka 10)

Tabulka 10: Rizikové faktory pro vznik pádu - Participant B

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Dezorientace	0	Ne
Demence	0	Ne
Deprese	0	Ne
Věk nad 65 let a více	2	Ano
Pád v anamnéze	0	Ne
Hospitalizace prvních 24 hodin	0	Ne
Zrakový/sluchový problém	0	Ne
Užívání léků ovlivňujících mobilitu	0	Ne
Soběstačnost	2	Částečná
Schopnost spolupráce	0	Spolupracující
Závratě	0	Ne
Noční nucení na močení	0	Ne
Buzení v noci, nespavost	1	Ano
Celkem	5 bodů	
Hodnocení	5-13 bodů	Střední riziko

Rizikové faktory pro vznik dekubitů

Rizikové faktory pro vznik dekubitů podle Nortonové se také odebíraly až druhý den hospitalizace, kdy pacient již neměl naordinovaný přísný klidový režim na lůžku. Pacient byl vyhodnocen s nízkým rizikem pro vznik dekubitů, celkem dosáhl 26-ti bodů. (viz Tabulka 11)

Tabulka 11: Rizikové faktory pro vznik dekubitů dle Nortonové - Participant B

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Schopnost spolupráce	4	Úplná
Věk	1	Nad 60 let
Stav pokožky	4	Intaktní
Další nemoci	1	3 a více nemocí
Tělesný stav	4	Dobrý
Stav vědomí	4	Dobrý
Pohyblivost	4	Úplná
Inkontinence	2	Převážně močová
Aktivita	2	Sedačka
Celkem	26 bodů	
Hodnocení	26 a více bodů	Bez rizika vzniku dekubitů

Barthelův (ADL) test

Participant B byl vyhodnocen v ADL testu se středním stupněm závislosti a dosáhl celkem 60-ti bodů. (viz Tabulka 12)

Tabulka 12: Barthelův (ADL) test - Participant B

Hodnocená oblast	Body	Vybraná možnost
Příjem potravy a tekutin	5	S pomocí
Oblékání	5	S pomocí
Koupání	5	S pomocí
Osobní hygiena	10	Samostatně

Kontinence moči	5	Občas inkontinentní
Kontinence stolice	10	Plně kontinentní
Použití WC	5	S pomocí
Přesun lůžko - židle	10	S malou pomocí
Chůze po rovině	5	Na vozíku
Chůze po schodech	0	Neprovede
Cekem	60 bodů	
Hodnocení	45-60 bodů	Závislost středního stupně

6.2.7 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA- I Taxonomie II

V této kapitole jsme se blíže věnovali konkrétním ošetřovatelským diagnózám, které jsme si pro přehlednost rozdělili na aktuální a potencionální.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

00103 – Narušené polykání

(Doména 2 – Třída 1 – Koncepce: polykání)

Nemocný má vlivem základního onemocnění narušené polykání.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacient pociťuje zatékání tekutin do krku.

Objektivní: Nemocný má ochrnuté měkké patro a kucká tekutiny.

Očekávané výsledky:

Pacient bude schopný polykat tekutiny o doušcích.

Intervence:

Trénuj s nemocným správné techniky polykání. Zaveď u nemocného dysfagickou dietu. Zahušťuj nemocnému tekutiny. Ponechej pacientovi dostatek času na jídlo. Měj na paměti riziko aspirace.

Hodnocení:

Nemocný se během hospitalizace zlepšil v oblasti polykání. Nyní je schopen polykat tekutiny po doušcích a mohla mu být odstraněna také NGS.

00108 – Deficit sebepéče při koupání

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebepéče při koupání)

Pacient trpí deficitem sebepéče v oblasti koupání pro přechodnou parézou horních končetin.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacient pociťuje slabost a zhoršenou citlivost horních končetin, včetně brnění.

Objektivní: Pacient neudrží v ruce žínku s mýdlem, ani se sám neumyje.

Očekávané výsledky:

Nemocný se zvládne sám umýt a osušit.

Intervence:

Zkoušej s pacientem správný úchop věcí. Pomáhej nemocnému s hygienou. Nacvičuj s nemocným postupné mytí těla.

Hodnocení:

Pacientovi se během hospitalizace navrátila hybnost končetin a byl schopen se samostatně umýt.

00109 – Deficit sebepéče při oblékání

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebepéče při oblékání)

Pacient trpí deficitem sebeděče v oblasti oblékání pro přechodnou parézou horních končetin.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocný verbalizuje pocit snížené citlivosti a hybnosti horních končetin.

Objektivní: Pacient není schopen správně uchopit a manipulovat s věcmi.

Očekávané výsledky:

Nemocný se zvládne do konce hospitalizace samostatně obléci.

Intervence:

Nacvičuj s nemocným správný úchop a manipulaci s věcmi. Trénuj s nemocným postupné převlékání. Poskytni nemocnému dostatek času pro převlékání.

Hodnocení:

Nemocný se během hospitalizace zlepšil stran hybnosti horních končetin a byl schopen se samostatně převléci.

00102 – Deficit sebeděče při stravování

(Doména 4 – Třída 5 – Koncepce: sebeděče při stravování)

Pacient trpí deficitem sebeděče v oblasti stravování pro přechodnou parézou horních končetin a ochrnutí měkkého patra.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocný subjektivně hodnotí slabost horních končetin.

Objektivní: Nemocný neudrží příbor a netrefí se do úst.

Očekávané výsledky:

Pacient se zvládne do konce hospitalizace sám najíst.

Intervence:

Pomáhej nemocnému s nácvičkou úchopu a manipulace s příborem. Pomáhej nemocnému s přípravou stravy. Ponechej nemocnému dostatek času na jídlo.

Hodnocení:

Pacient se během hospitalizace zlepšil stran hybnosti horních končetin a byl schopen se najíst sám.

00051 – Narušená verbální komunikace

(Doména 5 – Třída 5 – Koncepce: verbální komunikace)

Nemocný trpí dysartií z důvodu základního onemocnění.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacient pocítuje neschopnost správně se vyjádřit.

Objektivní: Nemocný komolí slova a je u něj patrná špatná artikulace.

Očekávané výsledky:

U nemocného se do konce hospitalizacelepší úroveň verbální komunikace.

Intervence:

Nacvičuj s pacientem správnou techniku mluvy dle doporučení logopeda.

Hodnocení:

U nemocného se během hospitalizace zlepšila dysartrie z těžké na středně těžkou. U pacienta je doporučena logopedická péče i po propuštění z hospitalizace, a tak by se mohla dysartrie nadále zlepšovat.

00046 – Narušená integrita kůže

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: integrita kůže)

U pacienta byla narušena integrita kůže z důvodu zavedení PŽK.

Určující příznaky:

Subjektivní: Nemocný nepocítuje žádné příznaky.

Objektivní: Pacient má v kůži cizí těleso (PŽK)

Očekávané výsledky:

Pacient nepocítuje bolest v souvislosti se zavedeným PŽK a okolí vpichu není zarudlé, oteklé a nevykazuje žádné jiné patologické stavy.

Intervence:

Kontroluj několikrát denně místo vpichu. Ptej se pacienta na bolest nebo pálení v místě vpichu. Hodnot' místo vpichu dle stupnice Maddona.

Hodnocení:

Nemocný měl během hospitalizace postupně několik PŽK a všechny byly v pořádku. Hodnocení dle Maddona M-0.

00134 – Nauzea (492)

(Doména 12 – Třída 1 – Koncepce: nauzea)

Vlivem základního onemocnění se u nemocného objevila nauzea.

Určující příznaky:

Subjektivní: Pacient verbalizuje nepříjemný pocit na zvracení.

Objektivní: U nemocného je zřetelná zvýšená salivace a navalování na zvracení.

Očekávané výsledky:

Pacient nebude nadále pociťovat nevolnost a pocit na zvracení.

Intervence:

Podávej léky na zamezení pocitu nevolnosti dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinnost. Zajisti pacientovi dostatečnou hydrataci. Sleduj u nemocného charakter a četnost zvratků.

Hodnocení:

Nemocný se během hospitalizace upravil stran nauzey a dále již nepociťoval nevolnost.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy

00004 – Riziko infekce

(Doména 11 – Třída 1 – Koncepce: infekce)

Rizikové faktory:

Pacient je ohrožen infekcí z důvodu zavedení PŽK a PMK.

Očekávané výsledky:

U nemocného v průběhu hospitalizace nedojde k infekci v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

Intervence:

Sleduj místo vpichu PŽK a hodnot' jeho okolí. Dbej zvýšené hygieny v oblasti zavedeného PMK.

Hodnocení:

Po vyndání permanentního močového katetru se u nemocného projevila uroinfekce s nálezem v moči a dysurickými potíži. Lékař pacientovi nasadil ATB léčbu.

00039 – Riziko aspirace

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: aspirace)

Rizikové faktory:

Pacient je ohrožen aspirací z důvodu podávání výživy NGS, poruchy polykání a sníženého dávivého reflexu a vstupní nauzey.

Očekávané výsledky:

Pacient během hospitalizace neaspiruje.

Intervence:

Zajisti možnost odsávání u lůžka nemocného. Buď přítomna u pacienta v době jídla. Procvičuj s pacientem dysfagické techniky.

Hodnocení:

Nemocný během hospitalizace neaspiroval.

00206 – Riziko krvácení

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: krvácení)

Rizikové faktory:

V souvislosti s léčebnou terapií (podání actilýzy) je pacient ohrožen zvýšenými projevy krvácivých stavů.

Očekávané výsledky:

U nemocného se neprojeví během hospitalizace nežádoucí projevy krvácení.

Intervence:

Upozorni nemocného na zvýšené riziko krvácivých projevů v souvislosti s léčbou. Sleduj možné nežádoucí projevy krvácivých stavů u nemocného a informuj o nich lékaře. Sleduj místa vpichu, ránu po IATE a sliznice nemocného.

Hodnocení:

Během hospitalizace se u pacienta vyskytlo velmi drobné krvácení z dásní, které samo ustalo.

00155 – Riziko pádů

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: pády)

Rizikové faktory:

Nemocný je ohrožen rizikem pádu především vlivem základního onemocnění, a také pro zvýšený věk a únavu.

Očekávané výsledky:

Pacient během hospitalizace neupadne.

Intervence:

Trénuj s nemocným chůzi a bezpečný přesun z lůžka na křeslo.

Hodnocení:

Pacient během hospitalizace neupadl.

7 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole se věnujeme rozhovoru s participanty. Zaměřujeme se především na otázku o bulbárním syndromu. Zajímáme se, zda byli participanti informováni v dostatečném rozsahu, a také kde získávali dodatečné informace o bulbárním syndromu.

Otázka č. 1 - Jaké onemocnění vám bylo diagnostikováno? Jak dlouho onemocnění trvá?

Participantka A trpí onemocněním zvané Myasthenia gravis a léčí se od srpna 2020. Participantka A udává: *„Diagnostikovali mi onemocnění Myasthenia gravis. Podezření na toto onemocnění měl již můj pan doktor, ale kompletní diagnózu mi stanovili až tady u vás v nemocnici. Projevilo se to u mě už někdy na začátku srpna tohoto roku.“*

Participantovi B diagnostikovali CMP, na podkladě uzavření bazilární tepny. Sám participant B říká: *„Doktoři mi tvrdí, že jsem měl uzávěr nějaký velký tepny. Myslím, že říkali bazilárka nebo něco takového. Prý jde o formu mozkové mrtvice. Přivezli mě v pátek 18. prosince a pak už to šlo ráz na ráz.“*

Otázka č. 2 - Jaké byly první příznaky a potíže související s vaším onemocněním? Za jak dlouho jste vyhledal(a) lékařskou pomoc?

Participantka A zmiňuje především svalovou slabost, ke které se přidaly obtíže s polykáním a mluvením. Participantka A odpovídá: *„Nejdřív jsem pociťovala únavu, kterou jsem přikládala nevyspání. Víte, spím špatně, co mi umřel manžel. Začala jsem se zadýchávat a měla jsem problémy s věšením prádla. Pak se přidalo to polykání a mluvení a navíc mi padalo levé víčko. Když mě viděl syn, odvezl mě k panu doktorovi. To bylo myslím šestého listopadu a potíže jsem měla asi dva dny. Pak se to na druhý den zhoršilo ještě víc, a tak mě odvezli sem k vám do Plzně.“*

Participant B si vzpomíná, že se mu začala motat hlava a následně mu být nevolno od žaludku. Špatně viděl, a tak mu manželka zavolala RZP. Participant B udává: *„Seděl jsem doma a koukal s manželkou na televizi, když se mi udělalo nevolno od žaludku. Chtěl jsem se zvednout a jít do ložnice si lehnout, když v tom se mi rozmazalo vidění a zamotala hlava. Sedl jsem si zpět na gauč. Manželka se mě ptala co se děje, když jsem jí to říkal, ale špatně mi rozuměla. Hned zavolala záchranku. Když jsme přijeli do nemocnice, tak mi najednou*

nešla zvednout pravá ruka a pak zase levá.“ Participant B přijel do nemocnice ihned při propagaci prvních příznaků nemoci.

Otázka č. 3 - Léčíte se i s jiným onemocněním? Pokud ano, jakým?

Participantka A i participant B se léčí i s jinými onemocněními. Participantka A zmiňuje: „*Ano, léčím se s vysokým tlakem, divertikulózou a mám také hemeroidy. Nedávno jsem měla potíže se slinivkou, a taky mi sebrali dělohu a dělali plastiku pochvy.*“

Participant B říká: „*Ano, léčím. Mám vysoký krevní tlak, vysoký obsah tuku v krvi, cukrovku. Taky se léčím s rakovinou prostaty. Navíc jsem před pár lety už měl jednu mrtvici.*“

Otázka č. 4 - Jaká léčba Vám byla nasazena? Vyskytly se během léčby nějaké komplikace?

Každý z participantů měl nasazenou jinou léčbu, z důvodu jiného základního onemocnění. U obou participantů se vyskytly, byť minimální, komplikace v souvislosti s léčbou. Participantka A odpovídá: „*Nejdřív mi pan doktor nasadil Mestinon a Prednison, pak jsem přijela sem do nemocnice a tady jste mi dávali k tomu ještě kapačky. Ale nevím, jak se ty kapačky jmenují. Během léčby jsem měla problémy s průjmem a taky mi dost kolísalo polykání. Jednou jsem nedostala prášek kvůli vyšetření a ten den jsem měla pocit, že nemůžu pořádně dýchat a polykání se mi taky hodně zhoršilo.*“

Participant B sděluje: „*Dostal jsem léčbu na rozpuštění sraženiny v tý tepně a pak jsem jel na sál. Když jsem přijel na oddělení, tak jsem musel ležet a nesměl hýbat levou nohou, na kterou mi dali nějakou dlahu. Měl jsem akorát pocit, že v puse cítím jakoby kov. Sestřička mi vysvětlila, že je to tou léčbou, že mi krvácí trochu dásně.*“

Otázka č. 5 - Jaké jste měl(a) pocity, když se u Vás projevil bulbárním syndrom?

Jak participantka A tak participant B shodně odpovídají, že jim to bylo nepříjemné. Participantka A pocítovala dokonce strach. Participantka A sděluje: „*Měla jsem zprvu velký strach, hlavně když se to prohloubilo. Bojím se i teď, že se to zase může kdykoliv zhoršit. Je to hrozný pocit bezmoci.*“

Participant B říká: „*Měl jsem strach o svůj život, polykání a řeč pro mě v tu chvíli byly jaksi vedlejší. Samozřejmě, že jsem vnímal, že mi lidé okolo úplně nerozumí a bál se,*

jak to vše bude dál. Až později jsem začal teprve více vnímat, že mi překáží špatná řeč a polykání. Snažil jsem se hodně trénovat, i sám. Chtěl jsem, aby se vše zase spravilo do normálu co nejdřív.“

Otázka č. 6 - Pozorujete na sobě příznaky a potíže související s bulbárním syndromem i nyní?

Oba participanti na sobě nadále pocítují alespoň jeden z příznaků bulbárního syndromu. Participantka A povídá: *„Rozhodně jo. Pořád to ještě není ono, i když se to hodně zlepšilo. Největší potíže mi pořád dělá to mluvení, hlavně když mluvím dlouho.“*

Participant B říká: *„Řekl bych, že problémy s polykáním už ne. Polykání se zlepšilo docela rychle, hlavně díky trpělivosti paní logopedky a vás všech. Horší je to s tím mluvením, pořád to není ono.“*

Otázka č. 7 - Myslíte si, že v souvislosti s bulbárním syndromem se změnila Vaše potřeby? (Myslím tím stravu, pitný režim, spánek, komunikační schopnosti.)

Oba participanti pocítují změnu svých potřeb v souvislosti s bulbárním syndromem. Participantka A odpovídá: *„Určitě jo. Musela jsem dostávat jídlo přes tu sondu, hlavně tekutiny. Byla jsem pořád unavená. To jsem teda dodnes. Bála jsem se usnout. Skoro jsem nemohla mluvit. To mluvení taky pořád trvá, ale už to není tak hrozný.“*

Participant B sděluje: *„Samozřejmě. Ovlivnilo mě to v oblasti jídla, protože jsem nemohl polykat. A co se týče komunikačních schopností, tak to mě trápí pořád.“*

Otázka č. 8 – Věděl (a) jste, že existuje bulbární syndrom a jaké má příznaky? Pokud ano, kde jste získal(a) informace o bulbárním syndromu?

Oba participanti shodně sdělují, že o bulbárním syndromu slyšeli až v souvislosti s onemocněním a hospitalizací. Participantka A dohledávala informace na internetových stránkách. Participantka A říká: *„O bulbárním syndromu jsem před onemocněním nikdy neslyšela. Když jsem onemocněla a přivezli mě sem, tak jsem to slyšela prvně od Vás. Poté jsem začala hledat na internetu své onemocnění. Tam psaly o poruchách polykání, mluvení a říkaly tomu bulbární symptomy.“*

Participant B povídá: *„Že mám bulbární syndrom, jsem se dozvěděl až od Vás. Věděl jsem, že blbě polykám a mluvím, ale nevěděl jsem, že se tomu říká bulbární syndrom.“*

Otázka č. 9 - Myslíte si, že jste byl(a) ze strany zdravotníků dostatečně obeznámen (a) s problematikou bulbárního syndromu?

Oba participanty by uvítali větší informovanost ze stran zdravotníků. Participantka A povídá: „*Myslím si, že jsem byla informována hlavně od Vás a od paní logopedky, která mi pomáhala s rehabilitací.*“

Participant B říká: „*Myslím si, že by to asi mohlo být lepší. I když sám musím přiznat, že těch informací bylo tolik, že jsem je určitě nevnímal všechny.*“

Otázka č. 10 – Uvítal(a) byste ucelené informace o bulbárním syndromu formou letáku nebo brožury?

Oba participanty se shodují na tom, že by uvítali nějaké souhrnné materiály o bulbárním syndromu. Participantka A: „*Bylo by dobré mít nějaký papír v ruce, ke kterému se můžete vždycky vrátit. Nebo aspoň sepsat, kde ty informace můžu najít.*“

Participant B: „*To by bylo dobré. Aspoň by měl člověk všechno na jednom místě a nemusel se ptát na to samé dokola.*“

DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u nemocných s bulbárním syndromem. S pacienty s bulbárním syndromem pracuji již několik let. Termín bulbární syndrom je pro většinu laiků téměř neznámý a bohužel jsem se setkala s malou informovaností o tomto problému i mezi zdravotnickým personálem. Touto prací bych ráda více upozornila na problém bulbárního syndromu a pomocí kazuistik, rozhovorů s nemocnými a vypracovaných ošetrovatelských plánů připomněla, na co je důležité se u takto nemocných pacientů zaměřit.

Celkem jsme si stanovili 4 výzkumné cíle, ke kterým se pojí jednotlivé výzkumné otázky. Hlavním cílem této práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem. V souvislosti s tímto cílem jsme si položili výzkumnou otázku: **„Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u nemocného s bulbárním syndromem?“** Na tuto hlavní výzkumnou otázku jsme se snažili nalézt odpověď pomocí jednotlivých dílčích cílů. V těchto dílčích cílech jsme se zaměřili hned na několik oblastí. Ptali jsme se, jaké ošetrovatelské diagnózy se pojí s bulbárním syndromem, jak získávají nemocní správné informace o bulbárním syndromu a zda jsou podle nich dostatečné, či v jaké míře pociťuje nemocný příznaky onemocnění a jak se jeho pocity mění během léčby.

V praktické části této práce bylo provedeno kvalitativní šetření. Toto šetření bylo zpracováno pomocí kazuistik a rozhovorů s participanty, které jsme kvůli anonymitě označili participant A a B. Kazuistiky byly zaměřeny na bio-psycho-sociální a duchovní potřeby nemocných. Rozhovor obsahoval 10 otázek, které byly mimo jiné zaměřeny na pocity nemocného a jeho vnímání problémů souvisejících s bulbárním syndromem. Participant byli dále také poučeni o anonymitě v souvislosti s tímto výzkumným šetření a možnosti neodpovídat na otázky, které považují za nepříjemné. Byli vybráni celkem dva participant, u kterých se během hospitalizace projevil bulbární syndrom. Tito participant se léčili s odlišnou nemocí, ale měli velmi podobné projevy bulbárního syndromu.

Prvním dílčím cílem bylo vytvořit ošetrovatelský plán u nemocného s bulbárním syndromem, se kterým se pojí výzkumná otázka: **„Jaké ošetrovatelské diagnózy se pojí s bulbárním syndromem?“** Na podkladě vypracovaných kazuistik obou participantů, jsme zjistili, že navzdory různému typu onemocnění, se ošetrovatelské diagnózy nápadně shodují. Obě kazuistiky byly zaměřeny především na ošetrovatelské problémy s polykáním a mluve-

ním. Ambler (2011 str. 61) zmiňuje, že dysartrie a dysfagie jsou projevem bulbárního syndromu, stejně jako možné poruchy dýchání. U obou participantů byla nalezena shoda také v oblasti deficitu při oblékání, koupání a stravování, strachu a rizika pádu. U participanta A jsme diagnostikovali navíc průjem, související s léčbou a únavu. Participant B měl diagnostikováno navíc riziko krvácení, související s léčbou.

Dalším dílčím cílem, který jsme si stanovili, bylo zjistit, zda je pacient dostatečně informován o bulbárním syndromu. V souvislosti s tímto cílem jsme si položili výzkumnou otázku: **„Jak získávají nemocní správné informace o bulbárním syndromu? Jsou podle nich dostatečné?“** V rámci rozhovoru byly participantům položeny otázky vztahující se k tomuto tématu, konkrétně otázky číslo 8, 9 a 10. Otázka č. 8 zněla: *„Věděl(a) jste, že existuje bulbární syndrom a jaké má příznaky? Pokud ano, kde jste získal(a) informace o bulbárním syndromu?“* Oba participanti shodně sdělují, že o bulbárním syndromu slyšeli až v souvislosti s onemocněním a hospitalizací. Participantka A dohledávala informace na internetových stránkách. Otázka č. 9 se dotazovala: *„Myslíte si, že jste byl(a) ze strany zdravotníků dostatečně obeznámen(a) s problematikou bulbárního syndromu?“* Z odpovědí obou participantů vyplývalo, že si myslí, že informovanost ze strany zdravotníků není dostatečná, a že by uvítali větší míru informovanosti. Při tom Šamánková (2011 str. 35) uvádí, že informovanost pacientů je velmi důležitá a měla by být součástí uspokojování jejich potřeb, protože informovaný pacient lépe snáší průběh svého onemocnění. Otázka č. 10 zněla: *„Uvítal(a) byste ucelené informace o bulbárním syndromu formou letáku nebo brožury?“* Oba participanti se shodují na tom, že by uvítali nějaké souhrnné materiály o bulbárním syndromu, nejlépe na jednom místě. V souvislosti s odpověďmi na tyto otázky byla vypracována informační brožura, věnující se tomuto tématu a odkazující na další literaturu. Tato brožura byla vypracována jako výstup do praxe a je součástí přílohy (viz Příloha 15).

Posledním výzkumným cílem této práce bylo zmapovat vnímání bulbárního syndromu a příznaků s ním spojených pacienty. K tomuto cíli jsme si položili výzkumnou otázku: **„V jaké míře pociťuje nemocný příznaky onemocnění a jak se jeho pocity mění během léčby?“** V rozhovoru, který jsme vedli s participanty, bylo několik otázek věnujících se tomuto tématu, konkrétně šlo o otázky číslo 5, 6 a 7. Otázka č. 5: *„Jaké jste měl(a) pocity, když se u Vás projevil bulbární syndrom?“* Jak participantka A tak participant B shodně odpovídali, že jim to bylo nepříjemné a nevěděli co si představit pod tímto pojmem. Báli se, co bude dál. Participant A pociťuje velký strach nejen z projevů bulbárního syndromu, ale také z toho, jak to vše zvládne. To odpovídá tomu, co uvádí ve své publikaci Mandysová

a Škvrňáková (2016 str. 112): „*Poruchy polykání nemalou měrou ovlivňují i oblast psychickou, a to vznikem obav a strachu při stravování nebo příjmu tekutin, snížením sebevědomí, vznikem podrážděnosti a úzkosti.*“ Je nutně zmínit, že každý pacient je osobnost, a každá osobnost má jiné predispozice pro zvládání zátěže. Všeobecná sestra by měla umět posoudit psychický stav nemocného. Jak uvádí Mandincová (2011 str. 17), subjektivní prožívání nemoci pacientem má velký podíl na průběh a akceptaci léčebného režimu. Kelnarová a Matějková (2014 str. 69) říkají, že reakce pacienta na onemocnění je podmíněna řadou faktorů, jako je věk, předchozí zkušenost s onemocněním či zdravotnickým zařízením, temperament, atd. Otázka č. 6 zněla: „*Pozorujete na sobě příznaky a potíže související s bulbárním syndromem i nyní?*“ Oba participantů na sobě nadále pociťují alespoň jeden z příznaků bulbárního syndromu. Participant A udává, že u něj stále přetrvává únava a problémy s řečí. Přetrvávající problémy s řečí zmiňuje i participant B. Otázka č. 7 se dotazuje: „*Myslíte si, že v souvislosti s bulbárním syndromem se změnila Vaše potřeby? (Myslím tím stravu, pitný režim, spánek, komunikační schopnosti.)*“ Oba participantů pociťují změnu svých potřeb v souvislosti s bulbárním syndromem. Především pociťují ovlivnění oblasti výživy a komunikace. Participant A vnímá také ovlivnění oblasti spánku. Potřeba správné komunikace je pro každého z nás velmi důležitá. Občasné nepochopení může vést u nemocného i k odmítnutí či odtahování od ošetrovatelského personálu a to může mít vliv na budoucí léčbu a průběh rehabilitace. Jak říká Škodová a Jedlička (2007) neschopnost komunikace s okolím bývá často trýznivá, a proto je cílem terapie zlepšení komunikačních schopností. Tento cíl je pro nemocné trpící dysartrií velmi důležitý, chtějí opět vyjádřit své myšlenky.

Pomocí dílčích výzkumných cílů jsme se snažili odpovědět na hlavní výzkumnou otázku této bakalářské práce: „**Jaké jsou nejčastější ošetrovatelské problémy u nemocného s bulbárním syndromem?**“ Zjistili jsme, že specifíkem ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem je jako u jiných onemocnění jeho bio-psycho-sociální stránka, se zaměřením na prožívání nemoci. S bulbárním syndromem vyvstává spousta ošetrovatelských problémů, zejména pak dysartrie a dysfagie, které do jisté míry ovlivňují i psychiku nemocného.

Jelikož jsme nenašli žádnou bakalářskou práci, která by pojednávala na toto téma, snažili jsme se nalézt alespoň nějakou jinou práci, která se tímto tématem zabývá alespoň okrajově. Moravová (2018) se ve své diplomové práci zaměřuje na dysartrii a dysfagii z pohledu logopedické péče a snaží se zmapovat její přínos. Autorka ve své práci zmiňuje taktéž různou etiologii vzniku bulbárního syndromu a shoduje se s námi i v popisu symptomů chabé

dysartrie a dysfagie. Rovněž zmiňuje logopedické techniky vedoucí k obnovení funkcí polykání a řeči. Z povahy její práce je však toto téma upřednostněné a tudíž i obsáhlejší. My jsme se věnovali pouze konkrétním druhům poruch, které jsou spjaté s bulbárním syndromem. Praktickou část práce příliš porovnat nelze. Naše práce je zpracovávána formou kazuistik a rozhovorů, s konečným vypracováním ošetrovatelského plánu. Moravcová (2018) se v praktické části věnuje také kazuistikám pacientů, ale vypracovává plán logopedické péče.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapování specifík ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem. Toto téma jsme si vybrali z důvodu zvýšení povědomí o této problematice.

V teoretické části této práce jsou blíže popsány projevy, charakteristika a diagnostika bulbárního syndromu. Dále jsme se věnovali popisu anatomie hlavových nervů pro lepší pochopení symptomů syndromu. Důležitou kapitolou teoretické části jsou specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem, kde jsme teoreticky uvažovali nad možnými ošetrovatelskými diagnózami, hodnotícími škálami a testy. Pro snazší orientaci v problematice jsme zmínili taktéž pseudobulbární a smíšený bulbární a pseudobulbární syndrom.

V praktické části jsou popisovány jednotlivé kazuistiky a rozhovory. Kazuistiky i rozhovory byly uskutečněny s nemocnými, u nichž se vyskytl bulbární syndrom. Každá kazuistika je však na podkladě jiné etiologie. Cílem rozhovoru bylo zmapovat důležité oblasti vnímání syndromu nemocnými, změnu jejich základních potřeb a informovanost o dané problematice. Byli vytvořeny celkem 2 kazuistiky. Obsahem těchto kazuistik byla anamnéza, fyzikální vyšetření, dále byl využit pro sběr dat funkční model zdraví dle Marjory Gordonové a jako závěrečná část byly vypsány ošetrovatelské diagnózy dle NANDA Taxonomie.

Celkem byly v této práci stanoveny 4 výzkumné cíle. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem. Poté byly stanoveny tři dílčí výzkumné cíle, které se zabývaly vytvořením ošetrovatelského plánu nemocného s bulbárním syndromem, zjišťováním míry informovanosti pacientů o bulbárním syndromu a zmapováním vnímání příznaků bulbárního syndromu u pacientů. Mimo jiné bylo zjištěno, že míra informovanosti nemocných o bulbárním syndromu je nižší, než jsme očekávali, dokonce si sami dohledávají často nerelevantní informace na webových stránkách.

Výstupem do praxe je informační brožura o bulbárním syndromu, která obsahuje stručnou charakteristiku, projevy a diagnostiku bulbárního syndromu (viz Příloha 15). Dále jsou v brožuře doporučeny ověřené internetové zdroje, kde může nemocný hledat další informace a odkazy na stránky, kde jsou volně ke stažení logopedické a rehabilitační techniky

k obnovení funkce polykání a řeči. Tato informační brožura by mohla najít uplatnění jako edukační materiál nejen pro nelékařské zdravotníky, ale především pro nemocné a jejich blízké.

SEZNAM LITERATURY

AMBLER, Zdeněk. 2006. Amyotrofická laterální skleróza. *Neurologie pro praxi*. 2006, Sv. 1, 2, stránky 9-12.

AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie*. Praha : Galén, 2011. str. 351. ISBN 978-80-7262-707-3.

BAXA, Jan a VENDIŠ, Tomáš. 2007-2020. Základní informace (MR). *radiologieplzen.eu*. [Online] 2007-2020. [Citace: 7. 12 2020.] <https://radiologieplzen.eu/zakladni-informace-mr/>.

BURIANOVÁ, Kateřina, a další. 2006. Poruchy dýchání u neurologicky nemocných. *Neurologie pro praxi*. 2006, Sv. 1, 16, stránky 46-48.

ČIHÁK, Radomír. DRUGA, Rastislav a Miloš GRIM. 2004. *Anatomie 3*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. str. 692. ISBN 80-247-1132-X.

DARLEY, Frederic L. et.al. 1975. *Motor speech disorders*. Philadelphia : Saunders, 1975. ISBN-13 : 978-0721628783.

DRUGA, Rastislav. GRIM, Miloš a Petr DUBOVÝ. 2011. *Anatomie centrálního nervového systému*. Praha : Galén, 2011. str. 219. ISBN 978-80-7262-706-6.

FN Brno. Fakultní nemocnice Brno. *Screening dysfagie - GUSS*. [Online] [Citace: 26. 1 2021.] <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-dysfagie-guss/t4943>.

FSPS. IS MUNI - Informační systém Masarykovy univerzity. *Hlavové nervy*. [Online] [Citace: 7. 12 2020.] https://is.muni.cz/el/fsps/podzim2018/bp1146/hlavove_nervy.pdf.

HERDMAN, Heather, T. KAMITSURU, Shigemi. 2020. *NANDA International, Inc. OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY, DEFINICE & KLASIFIKACE 2018-2020*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2020. str. 520. ISBN 978-80-271-0710-0.

HERZIG, Roman. 2014. *Ischemické cévní mozkové příhody. Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha : Maxdorf, 2014. str. 112. ISBN 978-80-7345-373-2.

JANÁČKOVÁ, Laura. 2007. *Bolest a její zvládnání.* Praha : Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-210-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské péči.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. str. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2011. *Logopedie ošetrovatelské praxi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. str. 128. ISBN 978-80-247-2835-3.

KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. 2014. *Psychologie 2.díl.* Praha : Grada Publishing a.s., 2014. str. 148. -ISBN 978-80-247-3600-6.

KONEČNÝ, Petr. HORÁK, Svatopluk. KADLČÍK, Tomáš. DOBŠÁK, Petr a MIKULÍK, Robert. 2017. Poruchy polykání po iktu. *Rehabilitácia.* 2017, Sv. 54, 3, stránky 175-180.

LECHTA, Vojta. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* Praha : Portál, 2011. str. 392. ISBN 978-80-7367-901-9.

MAŇASKOVÁ, Dana. 2010. Bulbární syndrom. <https://medicineman.cz>. [Online] Dana Maňasková, 2010. [Citace: 24. 9 2020.] <http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/bulbarni-syndrom>.

MANDINCOVÁ, Petra. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. str. 128. ISBN 978-80-247-3811-6.

MANDYSOVÁ, Petra. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana. 2016. *Diagnostika poruch polykání.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2016. str. 132. ISBN 978-80-271-0158-0.

MENDES BAHIA, Mariana.FIGUEIREDO MOURÃO, Lucia a YU SHON CHUN, Regina. 2016. Dysarthria as predictor of dysphagia following stroke. *NeuroRehabilitation.* 2016, Sv. 38, 2, stránky 155-162.

MORAVOVÁ, Eliška. Hradec Králové 2018. Dysartrie a dysfagie u osob se získanými neurologickými poruchami. *Theses.* [Online] Hradec Králové 2018. [Citace: 14. 2 2021.] <https://theses.cz/id/u2cm7i/>. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta.

PIVOŇKOVÁ, Eva. 2012-2018. Bulbární syndrom - příznaky, projevy, symptomy. *www.priznaky-projevy.cz*. [Online] Mlčochová Eva, 2012-2018. [Citace: 24. 9 2020.] <https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/934-bulbarni-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>.

PIVOŇKOVÁ, Eva. 2014. Pseudobulbární syndrom - příznaky, projevy, symptomy. *www.priznaky-projevy.cz*. [Online] 30. 10 2014. [Citace: 27. 1 2021.] <https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/935-pseudobulbarni-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>.

SEIDL, Zdeněk. 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. str. 168. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha : Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. str. 232. ISBN 978-80-247-4868-9.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. str. 284. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011. str. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan. 2007. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2007. str. 615. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠTEFÁNEK, Jiří. 2011. Bulbární syndrom. <https://www.stefajir.cz/>. [Online] Štefánek Jiří, 2011. [Citace: 24. 9 2020.] <https://www.stefajir.cz/bulbarni-syndrom>.

VENDIŠ, Tomáš a BAXA, Jan. 2007-2020. Základní informace (CT). *radiologieplzen.eu*. [Online] 2007-2020. [Citace: 7. 12 2020.] <https://radiologieplzen.eu/zakladni-informace/>.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela. SOLGAJOVÁ, Andrea a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. 2015. *Ošetrovalteská diagnostika v práci sestry*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2015. str. 208. ISBN 978-80-247-5538.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Bibliografická rešerše	90
Příloha 2 - Výstup hlavových nervů	95
Příloha 3 - GUSS test (přední strana)	96
Příloha 4 - GUSS test (zadní strana).....	97
Příloha 5 - Příznaky bulbárního syndromu.....	98
Příloha 6 - Základní neurologické vyšetření.....	99
Příloha 7 - Zobrazovací vyšetření.....	100
Příloha 8 - Další neurologické vyšetření	101
Příloha 9 - Hodnotící škály bolesti	102
Příloha 10 - Hodnocení rizika pádu	103
Příloha 11 - Hodnocení rizik v oblasti dýchání	104
Příloha 12 - Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň.....	105
Příloha 13 - Informovaný souhlas	106
Příloha 14 - Otázky k rozhovoru s participanty.....	107
Příloha 15 - Informační brožura (1. uvnitř, 2. vně)	108

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Bibliografická rešerše



**Studijní a vědecká knihovna
Plzeňského kraje**

Bibliografická rešerše

Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje, příspěvková organizace, Smetanovy sady 179/2, 301 00 Plzeň
IČO: 00078077, zapsána u Krajského soudu v Plzni, spis. Zn. Pr 760

ODDĚLENÍ PREZENČNÍCH SLUŽEB – SPECIÁLNÍ STUDOVNA

Číslo rešerše: 12/2020
Počet záznamů: 20

Ošetrovatelská péče o pacienta s bulbárním syndromem (dysartrie, dysfagie, dysfonie atp.)

Vypracoval/a:

Linda Hajžmanová
leden 2020

Analytický list

Druhy dokumentů v rešerši:

KNIHY – 5
ČLÁNKY – 11
STATI – 1
ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY – 3

Časové vymezení: 2011-2020

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Použité informační zdroje:

katalogy SVK PK a jiných knihoven, katalogy souborné
portál knihovny.cz
databáze MEDVIK
zahraniční databáze EBSCO a ProQuest Central
Internet

Způsob uspořádání dokumentů:

Rešerše je rozdělena na části: knihy, články, stati a elektronické dokumenty. V těchto oddílech jsou záznamy řazeny abecedně a opatřeny signaturami, pod kterými je lze v naší knihovně zapůjčit.

Poznámka:

Záznamy v rešerši jsou v souladu s normou ISO 690 (Bibliografická citace).

U záznamů článků jsou uváděny tučně základní signatury periodik, k objednání prostřednictvím elektronického katalogu je nutno ještě vždy vybrat příslušný rok a svazek (v rešerši není vyznačen tučným písmem). Periodika (tj. noviny a časopisy) lze studovat pouze prezenčně v čítárně časopisů SVK PK.

Volný výběr knih se nachází ve 2. patře budovy. Pokud je hledaný titul vypůjčen, lze na něj prostřednictvím objednávkového katalogu pořídit rezervaci.

Dokumenty z jiných knihoven jsou zajišťovány prostřednictvím meziknihovních služeb na pracovišti výpůjční protokol v přízemí budovy SVK PK; mailový kontakt: mvs@svkpl.cz. Služby mohou být zpoplatněny!

Zkratky, použité v rešerši:

MDT	= Mezinárodní desetinné třídění
NLK	= Národní lékařská knihovna v Praze
SVK PK	= Studijní a vědecká knihovna Plzeňského kraje

KNIHY

(řazeno abecedně sestupně)

1. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-2835-3.
Sig. SVK PK: 31B41899; MDT 616-083 – volný výběr
2. MANDYSOVÁ, Petra a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. *Diagnostika poruch polykání z pohledu sestry*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-271-0158-0.
Sig. SVK PK: 31B74954; MDT 616.3 – volný výběr
3. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
Sig. SVK PK: 31B65862; MDT 616 – volný výběr
4. TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
Sig. SVK PK: 31B76434; MDT 616-083 – volný výběr
5. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Výzkum poruch a odchylek komunikační schopnosti a orofaciálního systému z logopedického hlediska*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. Monografie. ISBN 978-80-244-5288-3.
Sig. SVK PK: 31B84697; MDT 616.89 – volný výběr

ČLÁNKY, STATI

(řazeno abecedně sestupně)

6. CSÉFALVAY, Zsolt. *Komunikace s pacientem s neurodegenerativním onemocněním. Neurodegenerativní onemocnění*. 2014, s. 299-303. ISBN 978-80-204-3300-8.
Sig. SVK PK: 31B62434; MDT 616.8 – volný výběr
7. HROMADA, Jan. *Paliativní léčba a péče v pokročilých stádiích svalových dystrofií. Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 27-28. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/09.pdf>
Sig. SVK PK: 36A2444/2010
8. KALA, Miroslav a MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Amyotrofická laterální skleróza v zařízení paliativní hospicové péče – kazuistika. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2012, roč. 75, č. 5, s. 630-632. ISSN 1210-7859.
Sig. SVK PK: 35A76/2012-2

9. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona a FLORIANOVÁ, Radka. Dysfagie a pomůcky při poruchách polykání. *Medicína pro praxi*. 2012, roč. 9, č. 1, s. 32-34. ISSN 1214-8687. Dostupné také z:
<https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/01/08.pdf>
nebo také sig. SVK PK: 36A3350/2012
10. KONEČNÝ, Petr, HORÁK, Svatopluk, KADLČÍK, Tomáš, DOBŠÁK, Petr a MIKULÍK, Robert. Poruchy polykání po iktu. *Rehabilitácia*. 2017, roč. 54, č. 3, s. 175-180. ISSN 0375-0922. Dostupné také z:
<https://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/3REH2017-m.pdf>
nebo dostupné prezenčně v čítárně bez předchozího objednání, pouze na vyžádání
11. KONOPÁČ, David. Narušení komunikační schopnosti při cévní mozkové příhodě. *Florence (Praha)*, 2016, roč. 12, č. 10, s. 21-23. ISSN 1801-464X.
Sig. SVK PK: 36A3153/2016
12. LASOTOVÁ, Naděžda. Dysfagie u pacientů po cévní mozkové příhodě. *Sestra*. 2017, roč. 16, č. 3-4, s. 26-27. ISSN 1335-9444.
Dostupné v SVK PK prostřednictvím služeb MS z NLK, zde sig. 674
13. MANDYSOVÁ, Petra, ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana a EHLER, Edvard. Využití osmipoložkové metody pro screening dysfagie sestrou. In: BUŽGOVÁ, Radka a SIKOROVÁ, Lucie, eds. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech*: sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství, Ostrava 26. května 2016. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2016, s. 138-144. ISBN 978-80-7464-826-7. Dostupné také z:
<https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/sbornik-2016.pdf>
14. MENDES BAHIA, Mariana, FIGUEIREDO MOURÃO, Lucia, a YU SHON CHUN, Regina. Dysarthria as a predictor of dysphagia following stroke. *NeuroRehabilitation*. 2016, vol. 38, no. 2, s. 155-162. ISSN 1053-8135.
Dostupné v SVK PK z db EBSCO nebo také prostřednictvím vzdáleného přístupu z: <https://svkpk.cz/eiz>
15. SOLNÁ, Gabriela. Dysfagie - spolupráce napříč obory. *Sestra*. 2013, roč. 23, č. 7-8, s. 40-42. ISSN 1210-0404. Dostupné také na:
<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/dysfagie-spoluprace-napric-obory-471147>
nebo také sig. SVK PK: 36A1361/2013
16. VÁCLAVÍK, Daniel, SOLNÁ, Gabriela, LASOTOVÁ, Naděžda a kol. Péče o pacienty s dysfagií po cévní mozkové příhodě. Standard léčebného plánu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2015, roč. 78, č. 6, s. 721-727. ISSN 1210-7859.
Sig. SVK PK: 35A76/2015

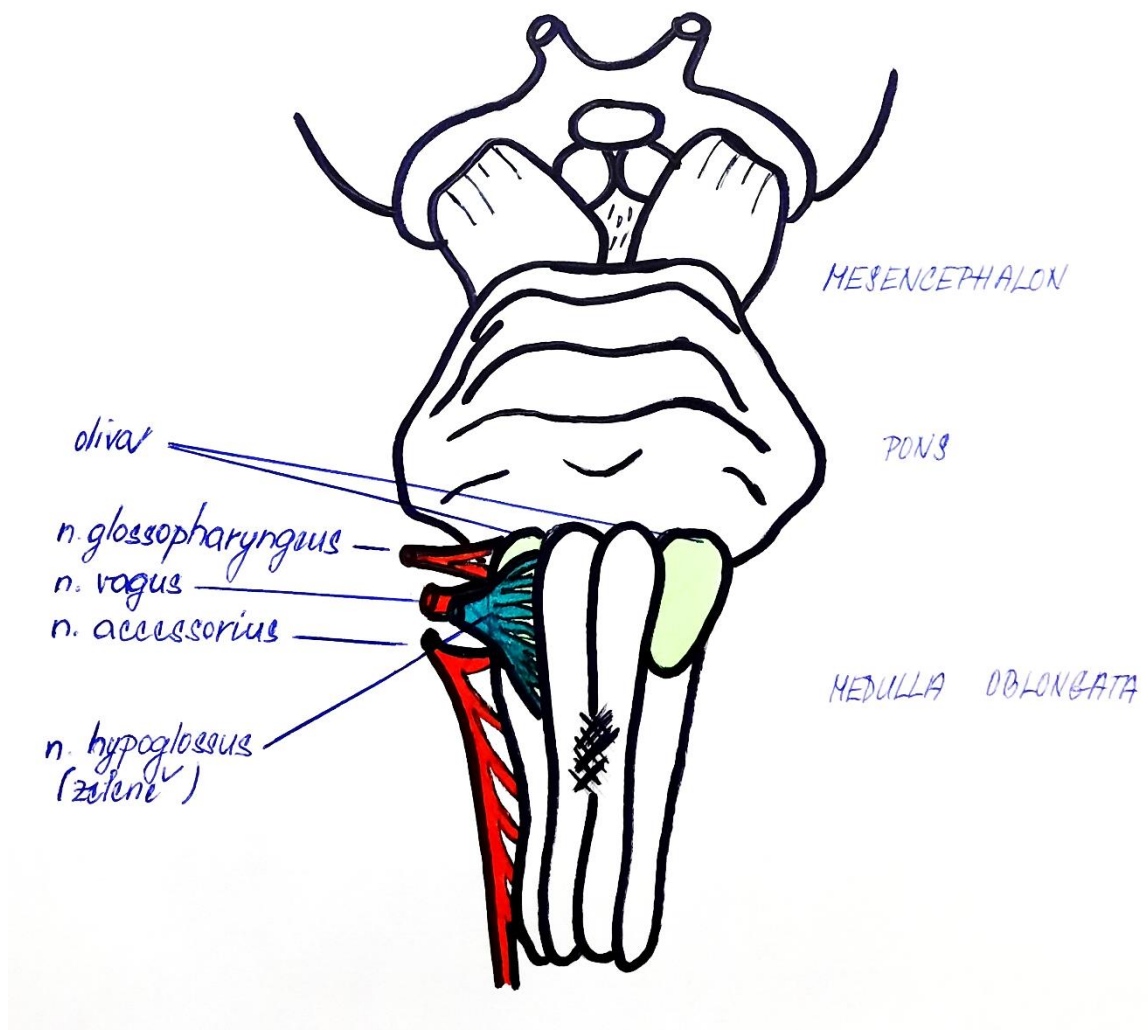
17. RIDZOŇ, Petr a MAZANEC, Radim. Paliativní péče u terminálních stavů chorob motorického neuronu (amyotrofické laterální sklerózy, progresivní bulbární paralýzy a progresivní svalové atrofie). *Neurologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 23-26. ISSN 1213-1814. Dostupné také z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/08.pdf>
nebo také sig. SVK PK: 36A2444/2010

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

(řazeno abecedně sestupně)

18. MAŇASKOVÁ, Dana. Bulbární syndrom. In: <https://medicineman.cz> [online]. Dana Maňasková, ©2010. Poslední aktualizace 18.3.2011, 16:50:57 [cit. 2020-01-29].
Dostupné také na: <http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/bulbarni-syndrom>
19. PIVOŇKOVÁ, Eva. Bulbární syndrom – příznaky, projevy, symptomy. In: www.priznaky-projevy.cz [online]. Mlčochová Eva, ©2012-2018 [cit. 2020-01-29].
Dostupné na: <https://www.priznaky-projevy.cz/neurologie-neurochirurgie/934-bulbarni-syndrom-priznaky-projevy-symptomy>
20. ŠTEFÁNEK, Jiří. Bulbární syndrom In: www.stefajir.cz [online]. Štefánek Jiří, ©2011 [cit. 2020-01-29].
Dostupné na: <https://www.stefajir.cz/?q=bulbarni-syndrom>

Příloha 2 - Výstup hlavových nervů



Obrázek 1: Výstup hlavových nervů IX. - XII.

(zdroj vlastní)

Příloha 3 - GUSS test (přední strana)

GUSS Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

Jméno:
Datum:
Čas:

1. Předtestové vyšetření / Nepřímý test polykání

		ANO	NE
Bdělost	Pacient musí být bdělý nejméně 15 minut	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Kašel a/nebo odkašlávání	<u>Volný</u> kašel Pacient by měl zakašlat nebo odkašlat dvakrát	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Polykání slin:			
▪ Polykání úspěšné		1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Drooling		0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Změna hlasu	Chrapot, kloktavý hlas, zastřený hlas, slabý hlas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Celkem:		(5)	
		1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte s částí 2	

2. Přímý test polykání (materiál: čistá voda, plochá čajová lžička, zahušřovací, chléb)

V následujícím pořadí:	1 → ZAHUŠŤENÁ TEKUTINA*	2 → TEKUTINA**	3 → PEVNÁ STRAVA***
POLYKÁNÍ:			
▪ Polykání není možné	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání opožděné (>2 sec.) (pevné konzistence >10sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Polykání úspěšné	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
KAŠEL (bezděčný): před, v průběhu nebo po polknutí – se zpožděním do 3 minut			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
ZMĚNA HLASU: (poslechněte hlas před a po polknutí – pacient by měl říkat „O“)			
▪ Ano	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Ne	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
CELKEM:	(5)	(5)	(5)
	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte tekutinami	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = pokračujte pevnou konzistencí	1-4 = zastavte vyšetřování a pokračujte později ¹ 5 = norma
CELKEM: (Součet výsledku nepřímého a přímého testu polykání) (20)			
*	První administrace 1/3 až 1/2 čajové lžičky vody se zahušřovadlem (konzistence pudinku). Pokud nejsou patrné žádné symptomy, aplikujte 3 až 5 lžiček. Hodnoťte po 5. lžičce.		
**	3, 5, 10, 20ml vody – pokud nejsou žádné přítomny, pokračujte s 50ml vody (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996). Hodnoťte a ukončete vyšetření, jakmile zpozorujete jedno z kritérií!		
***	Klinicky: suchý chléb; FEES: suchý chléb namočený do zabarvené tekutiny		
¹	Užijte funkční vyšetřovací metody jako VFS, FEES		

Obrázek 2: GUSS test přední strana

(Zdroj: <https://www.fnbrno.cz/guss-zaznamovy-arch/f2491>)

Příloha 4 - GUSS test (zadní strana)

GUSS - HODNOCENÍ

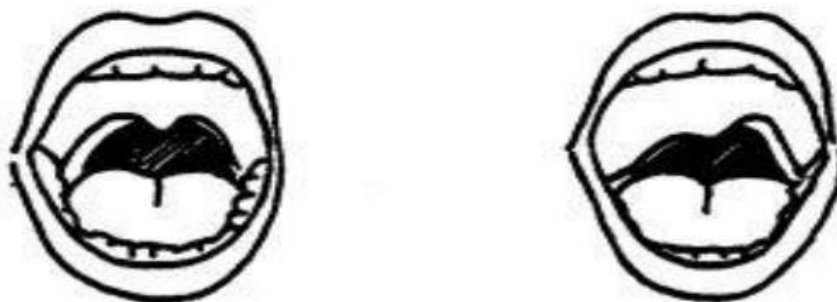
Gugging Swallowing Screen – Trapl M. et al. 2007

	VÝSLEDKY	STUPEŇ	DOPORUČENÍ
20	Zahuštěná tekutina / tekutina i pevná konzistence úspěšná	Lehké / nebo žádné příznaky dysfagie Minimální riziko aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normální dieta. ▪ Běžné tekutiny (poprvé pod dohledem klinického logopeda nebo specializované sestry).
15-19	Zahuštěná a tekutá konzistence úspěšná a pevná konzistence neúspěšná	Lehký stupeň dysfagie s nízkým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dysfagická dieta (pyré a měkké konzistence jídla). ▪ Tekutiny velmi pomalu – po jednom doušku. ▪ Funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda.
10-14	Zahuštěná konzistence úspěšná, tekutiny neúspěšné	Střední stupeň dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<p><u>Dysfagická dieta začínající:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zahuštěnými konzistencemi jako přesnídávka a doplnění parenterální výživou. ▪ Všechny tekutiny musí být zahušťovány! ▪ Léky musí být drceny a smíchány se zahuštěnou tekutinou. ▪ Žádná medikace v tekuté formě konzistence. ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>
0-9	Předtestové vyšetření neúspěšné nebo zahuštěná konzistence neúspěšná	Těžká dysfagie s vysokým rizikem aspirace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Žádná strava per os ▪ Další funkční vyšetřovací metody jako FEES nebo VFS. ▪ Upozornit klinického logopeda. <p><i>Doplnění nasogastrickou sondou nebo parenterální výživou</i></p>

Obrázek 3: GUSS test zadní strana

(Zdroj: <https://www.fnbrno.cz/guss-zaznamovy-arch/f2491>)

Příloha 5 - Příznaky bulbárního syndromu



Obrázek 5: Pokles měkkého patra

(Zdroj: https://is.muni.cz/el/fsps/podzim2018/bp1146/hlavove_nervy.pdf)



Obrázek 4: Atrofie jazyka

(Zdroj: TORO, Jaime; REYES, Saúl. Tongue Fasciculations in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *New England Journal of Medicine*. 2014, roč. 371, č. 5, s. e7.)

Příloha 6 - Základní neurologické vyšetření

Základní neurologické vyšetření

(Růžička E, Marušić P., Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie 2016 (v tisku))

Položka	Způsob vyšetření
<i>optimální poloha</i>	
1. Vědomí, orientace, paměť, chování	Orientační zhodnocení bdělosti, pozornosti, orientace osobou, časem a místem – 1) Jaký je den? (přesné datum nebo den v týdnu) 2) Kde se nacházíme? 3) Kolik vám je let? 4) Kde bydlíte? Posouzení paměti na základě vybavení anamnestických údajů. Posouzení chování během vyšetření.
2. Řeč včetně artikulace	Při běžné konverzaci v rámci odběru anamnézy a vlastního vyšetření orientační posouzení řeči z hlediska fatických funkcí (plynulost, slovní obsah, hledání slov, větná stavba, porozumění instrukcím) i z hlediska artikulace (hlasitost, fonace, artikulace, plynulost, melodičnost).
3. Orientační vyšetření zorného pole	Ve všech kvadrantech včetně oboustranné simultánní stimulace. Vyšetřující je proti pacientovi ve vzdálenosti cca 1 m, rozpaží obě HK tak, aby umístil své ruce doprostřed vzdálenosti mezi sebou a pacientem. Vyzve pacienta, aby se mu díval na nos a ohlásil, když uvidí pohyb prstů v horních kvadrantech zorného pole. Poté pohybuje prsty střídavě na pravé a levé ruce a pak i současně na obou rukách. Obdobně poté v dolních kvadrantech zorného pole. Vyšetřující kontroluje, že pohyb také sám vidí (konfrontační vyšetření).
4. Sledovací oční pohyby a posouzení zornice	Nejméně na délku paže od očí pacient sleduje předmět (prst, kládko, apod.) v horizontálním a poté vertikálním směru („do kříže“) bez pohybu hlavy (pomůže instrukce, aby si pacient položil ukazovák na bradu). Hodnotí se rozsah a plynulost pohybu očí, ev. nystagmus. Otázka na diplopii. Posouzení šíře zornice a izokorie.
5. Vyšetření hybnosti obličeje	Výraz a symetrie obličeje v klidu a při běžné konverzaci. Cílené pohyby v inervační oblasti horní a dolní části n. facialis (zvedne obočí, vyčení zuby).
6. Vyšetření jazyka	Poloha jazyka v klidu a při plazení, včetně posouzení trofiky, fascikulací.
7. Svalový tonus na HK	Odpor kladený pasivnímu pohybu v zápěstí a v lokti (pomalý pohyb – rigidita, rychlý – spasticita).
8. Zkoušky svalové síly na HK	Vyšetření proximálních a distálních svalových skupin – 1) Elevace loktů nad horizontálu (HK pokrčené v abdukci), 2) Současný stisk obou rukou (vyšetřující vloží pacientovi do každé dlaně své dva prsty). Obě zkoušky provádět maximální silou proti odporu, vyšetřující posuzuje sílu a symetrii.
9. Bicipitový reflex	Pasivní semiflexe v lokti, podepřené předloktí, relaxované svaly. Poklep na šlachy m. biceps v lokti. Posouzení výbavnosti, symetrie.
10. Tricipitový reflex	Pasivní abdukce v rameni a semiflexe v lokti, relaxované svaly. Přímý poklep na šlachy m. triceps nad olecranon ulnae. Posouzení výbavnosti, symetrie.
11. Dufourův příznak	Předpažení obou HK do horizontály v maximální supinaci, zavřené oči (posouzení případného stáčení do pronace a/nebo poklesu HK).
12. Taxe prst-nos	Rozpažení HK, otevřené oči, dotknout se postupně pravým a levým ukazovákem špičky nosu. Pohyb by neměl být příliš pomalý, optimálně cca 1 sek.
<i>optimální poloha</i>	
<i>vleže na zádech</i>	
13. Svalový tonus na DK	Odpor kladený pasivnímu pohybu v hleznu a v koleni (pomalý pohyb – rigidita, rychlý – spasticita).
14. Zkoušky svalové síly na DK	Vyšetření proximálních a distálních svalových skupin – 1) Síla flexe v kyčli – elevace kolen, 2) Dorzální a plantární flexe nohy. Obě zkoušky provádět maximální silou proti odporu, vyšetřující posuzuje sílu a symetrii. Alternativně 2) chůze po patách a špičkách. Hodnotíme výšku elevace a symetrii.
15. Patelární reflex	DK v semiflexi, paty opřené o podložku, vyšetřující může podepřít stehno, poklep na šlachy m. quadriceps pod patelou. Posouzení výbavnosti, symetrie.
16. Reflex Achillovy šlachy/medioplantární	DK v semiflexi, vyšetřující drží nohu tak, aby byl m. triceps v přiměřeném předpětí. Poklep na šlachy, případně medioplantárně. Posouzení výbavnosti, symetrie.
17. Příznak Mingazziniho	DK zdvihnutý, nedotýkají se, stehna vertikálně, bérce horizontálně, vyšetřující případně nastaví do symetrické polohy. Hodnotíme pokles bérce.
18. Příznak Babinského	Dráždění planty přiměřeně ostrým předmětem (nikoli špendlíkem) po zevní hraně od paty a pod hlavičkami metatarzů směrem k palci.
19. Taxe pata-koleno	Vleže (bez kontroly zraku), z výchozí polohy s nataženými DK, položení paty z výšky na koleno a sjetí po bérce ke kotníku.
20. Taktilní číti	Dotyky oboustranně na obličeji, hřbetu předloktí nebo rukou, a na stehnu nebo bérce. Pacient hlásí, zda dotyky cítí symetricky.
<i>optimální poloha</i>	
<i>stoj a chůze</i>	
21. Rombergova zkouška	Stoj spojný, následně zavření očí. Posuzuje se zhoršení stability během 20 s po zavření očí, případně rozšíření baze, útok do strany. Mírná nejistota a oscilace na místě bez úroku jsou v mezích normy.
22. Chůze	Hodnotit chůzi na vzdálenost aspoň 3 m a zpět. Posuzuje se držení těla, šíře baze DK, délka kroku, rychlost, symetrie, souhyby HK, otočky – nestabilita, zarázy.

Vysvětlivky: HK – horní končetiny, DK – dolní končetiny

Poznámka: Pacient by měl být při vyšetření slevčen do spodního prádla.

Příklad zápisu normálního nálezu základního neurologického vyšetření

Obj. lucidní, orientovaný, bez fatické poruchy či dysartrie, zorné pole bez výpadku, sleduje všemi směry bez nystagmu a diplopie, zornice izokorické, inervace n. VII sym., jazyk plazi středem, bez atrofie či fascikulací, HK – tonus přim., síla sym., rr. sym. +, Dufour neg., taxe přesná, DK – tonus přim., síla sym., rr. sym. +, Mingazzini neg., Babinski neg., taxe přesná, taktilní číti bez výpadku, stoj a chůze norm.

Obrázek 6: Základní neurologické vyšetření

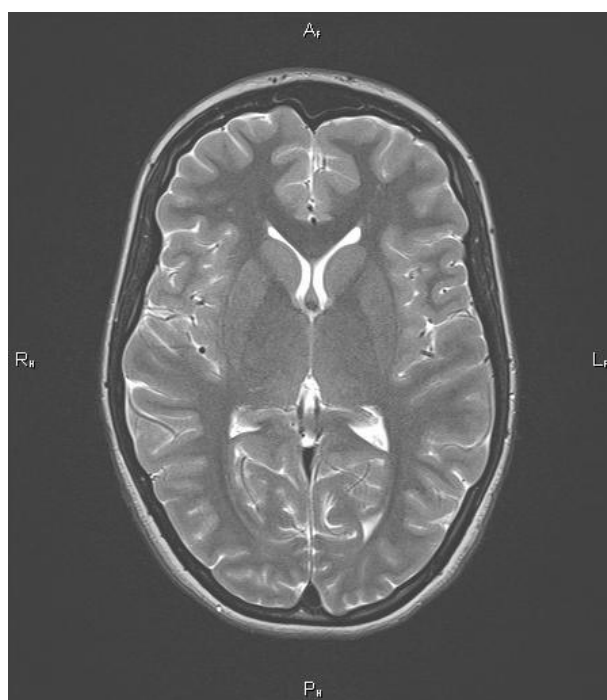
(Zdroj: https://neurologie.lf1.cuni.cz/ILFNK-28-version1-zakladni_neurologicke_vysetren.pdf)

Příloha 7 - Zobrazovací



Obrázek 8: CT mozku

(Zdroj: <https://www.homolka.cz/data/gallery/11784/304-big.jpg>)

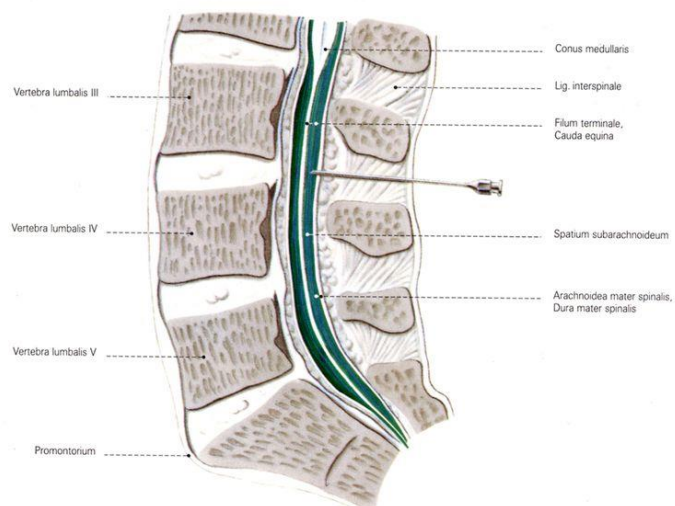


Obrázek 7: MR mozku

(Zdroj: <https://www.homolka.cz/data/gallery/11786/296-big.jpg>)

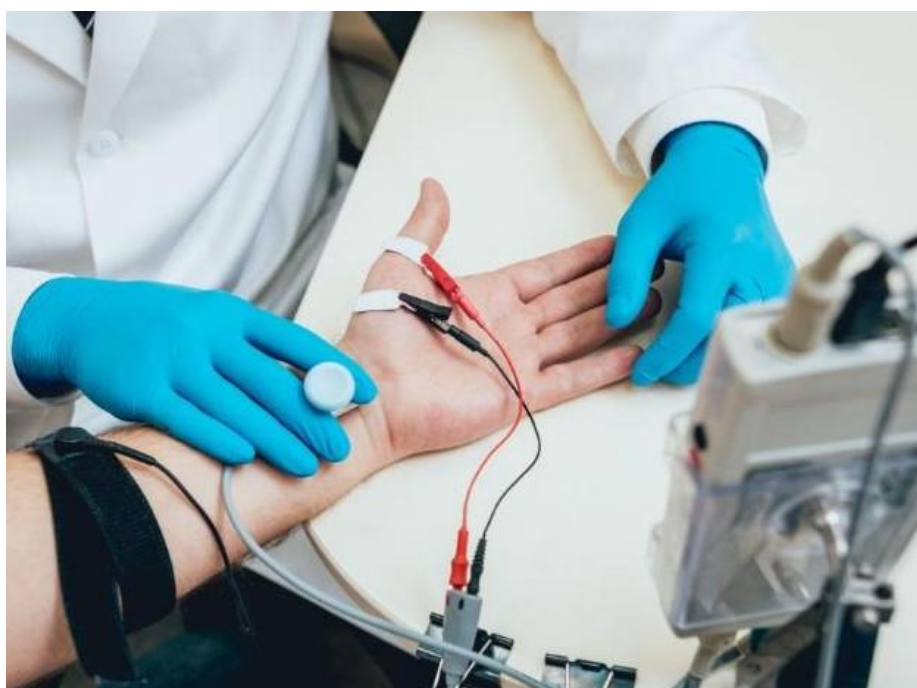
Příloha 8 - Další neurologické vyšetření

Lumbální punkce



Obrázek 9: Lumbální punkce

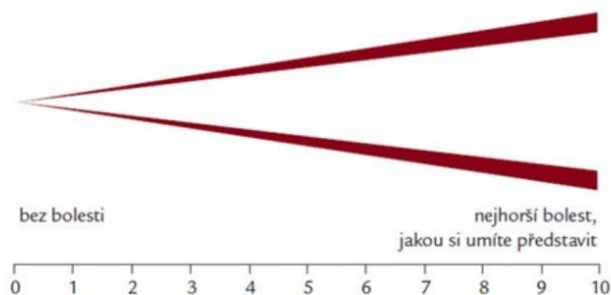
(Zdroj: <https://slideplayer.cz/slide/3757678/12/images/16/Lumb%C3%A1ln%C3%AD+punkce.jpg>)



Obrázek 10: EMG vyšetření

(Zdroj: Adobestock.com)

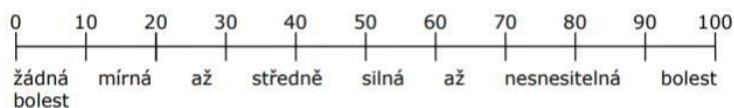
Příloha 9 - Hodnotící škály bolesti



Obrázek 13: VAS

(Zdroj: DOLEŽAL, T. et al. Metodické pokyny pro farmakoterapii nádorové bolesti. Farmakoterapie 2006, roč.2, č.3, s.281-286, ISSN 1801-1209.

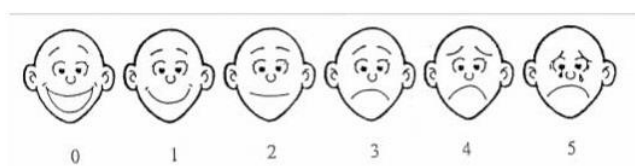
Numerická škála bolesti



Obrázek 12: Numerická škála bolesti

(Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5833.pdf>)

Škála výrazů obličeje pro měření bolesti



Obrázek 11: Škála výrazů obličeje pro měření bolesti

(Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5837.pdf>)

Příloha 10 - Hodnocení rizika pádu

Jednoduchý „screeningový“ nástroj pro určení rizika pádu

Nástroj pro zjištění rizika pádu pacienta

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

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

PROTOKOL:

1. Umístěte nad lůžko výstražné oznámení „vysoké riziko pádu“
2. Snižte lůžko, zajistěte lůžkové brzdy, zvedněte postranice
3. Umístěte pacienta blízko sesterny a toalety
4. Umístěte signalizační panel tak, aby jej měl pacient po ruce, a vysvětlíte jeho funkci
5. Zajistěte vhodnou obuv
6. Zajistěte WC režim 3x/24 hodin nebo podle potřeby a před spánkem
7. Odstraňte překážky v okolí pacienta
8. Zajistěte vhodné noční osvětlení
9. Zajistěte polohu nočního stolku a potřeb pacienta tak, aby byly v dosahu

Obrázek 14: Jednoduchý screeningový test rizika pádu

(Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>)

Příloha 11 - Hodnocení rizik v oblasti dýchání

BEINSTEINOVA ŠKÁLA K HODNOCENÍ SITUACE A RIZIK V OBLASTI DÝCHÁNÍ

Ochota spolupracovat	0 ochoten kontinuálně spolupracovat 1 spolupracuje na požádání 2 občas spolupracuje 3 nechce nebo nemůže spolupracovat
Současné plicní onemocnění	0 nemá žádné 1 lehká infekce v oblasti nosu a úst 2 infekce v průduškách 3 plicní onemocnění
Prodělané plicní onemocnění	0 neprodělal žádné 1 v posledních 3 měsících prodělal lehké plicní onemocnění 2 v posledních 3 měsících prodělal plicní onemocnění s těžším průběhem 3 plicní onemocnění s následky na dýchacích cestách
Porucha imunity	0 není 1 lehké oslabení imunity, které nesouvisí s generalizovanou infekcí 2 výraznější porucha imunity 3 úplné selhání imunity
Orotracheální manipulace	0 žádné výkony v dýchacích cestách 1 ošetřovatelské výkony v nose a ústech 2 oronazální odsávání 3 endotracheální odsávání
Kuřák/pasivní kuřák	0 nekouří a nebývá v zakouřené místnosti 1 kouří méně než 6 cigaret denně (bývá v zakouřené místnosti) 2 kouří denně 6-15 cigaret, v blízkém okolí jsou kuřáci 3 intenzivní kuřák
Bolest	0 nemá 1 lehká trvalá bolest 2 silnější bolest bez vlivu na dýchání 3 silná bolest ovlivňující dýchání
Porucha polykání	0 žádná 1 porucha polykání tekutin 2 porucha polykání tekuté i kašovitě stravy 3 porucha polykání veškeré stravy a slin
Omezení pohybu	0 žádné 1 porucha kompenzovaná holi či změnou držení těla 2 pobyt na lůžku, pouze sezení v křesle 3 úplné omezení pohybu - pouze na lůžku
Ohrožující povolání	0 nevykonává takové povolání 1 pracoval 1-2 roky v zaměstnání ohrožujícím plíce 2 pracoval 2-10 let v zaměstnání ohrožujícím plíce 3 více než 10 let ve zvláště exponovaném prostředí
Intubační narkóza/respirátor	0 nebyla v posledních 3 týdnech 1 krátká intubační narkóza (do 2 hod.) 2 déletrvající narkóza (nad 2 hod.) 3 několik narkóz nebo napojení delší než 12 hod.
Stav vědomí	0 při vědomí 1 somnolence 2 sopor 3 kóma
Hloubka dechu	0 dýchá bez námahy 1 dýchá namáhavě 2 těžká dušnost
Dechová frekvence	0 14-20 dechů za min. 1 přechodně nepravidelná tachypnoe/bradypnoe 2 pravidelná, trvalá tachypnoe/bradypnoe 3 pravidelné patologické hluboké nebo povrchní dýchání/střídání tachypnoe a bradypnoe
Léky tlumící dýchání	0 žádné nedostává 1 občas dostává léky tlumící dýchání 2 pravidelně dostává léky tlumící dýchání 3 dostává léky s výrazným tlumícím účinkem (např. morfin, barbituráty)

BODOVÉ VYHODNOCENÍ:

0- 6	není ohrožen
7-15	ohrožen
16-45	vysoce ohrožen (eventuálně jsou poruchy dýchání již přítomny)

Obrázek 15: Hodnocení rizik v oblasti dýchání

(Zdroj: <https://ose.zshk.cz/media/p5815.pdf>)

Příloha 12 - Souhlas s výzkumným šetřením ve FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 15, 305 09 Plzeň - Bory
alej Svobody 88, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669066 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Markéta Gašparová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Neurologické kliniky (NERV) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *NERV* souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- *Sběr informací pro Vaši bakalářskou práci budete provádět pod přímým vedením paní Dartové Václavy, Mgr., staniční sestry NERV FN Plzeň.*
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, pokud budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí, či pokud by spolupráce s Vámi zaměstnanci pocítovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovazs@fnplzen.cz

8. 6. 2020

Příloha 13 - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO S BULBÁRNÍM SYNDROMEM

STUDENT

Markéta Gašparová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
gasparov@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lucie Posseltová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
POSSELTOVAL@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit specifika ošetrovatelské péče u nemocného s bulbárním syndromem.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum:

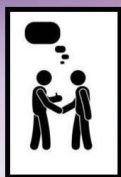
Příloha 14 - Otázky k rozhovoru s participanty

Otázky k rozhovoru s participanty

1. Jaké onemocnění vám bylo diagnostikováno? Jak dlouho onemocnění trvá?
2. Jaké byly první příznaky a potíže související s vaším onemocněním? Za jak dlouho jste vyhledal (a) lékařskou pomoc?
3. Léčíte se i s jiným onemocněním? Pokud ano, jakým?
4. Jaká léčba Vám byla nasazena? Vyskytly se během léčby nějaké komplikace?
5. Jaké jste měl (a) pocity, když se u Vás projevila bulbární syndrom?
6. Pozorujete na sobě příznaky a potíže související s bulbárním syndromem i nyní?
7. Myslíte si, že v souvislosti s bulbárním syndromem se změnila Vaše potřeby?
(Myslím tím stravu, pitný režim, spánek, komunikační schopnosti.)
8. Věděl (a) jste, že existuje bulbární syndrom a jaké má příznaky? Pokud ano, kde jste získal (a) informace o bulbárním syndromu?
9. Myslíte si, že jste byl (a) ze strany zdravotníků dostatečně obeznámen (a) s problematikou bulbárního syndromu?
10. Uvítal (a) byste ucelené informace o bulbárním syndromu formou letáku nebo brožury?

Příloha 15 - Informační brožura (1. uvnitř, 2. vně)

Bulbární syndrom



1. Co je to bulbární syndrom?

Bulbární syndrom je soubor příznaků, které jsou charakteristické pro určitá onemocnění. Vyskytuje se u poruchy hlavových nervů IX, X, XI a XII, kterým říkáme postranní smíšený systém.

2. Jak se bulbární syndrom projevuje?

Nejčastějším projevem bulbárního syndromu je porucha řeči (=setřelá nosová řeč, rinolalie) a porucha polykání, se kterou pak stoupá riziko vdechnutí tekutiny nebo sousta.

U některých pacientů se mohou vyskytovat další projevy bulbárního syndromu, jako jsou např. samovolné záškuby jazyka (= fascikulace), vyhaslý dávivý reflex, pokles měkkého patra a další.

3. S jakým onemocněním je bulbární syndrom spojen?

Příčinou bulbárního syndromu bývá nejčastěji onemocnění centrálního nervového systému (CNS) v oblasti prodloužené míchy. Můžeme sem řadit například lokální tumory, cévní mozkové příhody v oblasti kmene, meningoencephalitidy nebo amyotrofickou laterální sklerózu.

Ne vždy je ale příčina pouze v CNS, někdy se může manifestovat bulbární syndrom i u poruchy samotných odstupujících nervů. Řadíme sem například onemocnění Guillain-Barré nebo Myasthenia Gravis.

4. Jaké jsou vyšetřovací metody?

V neurologii máme mnoho vyšetřovacích metod, počínaje anamnestickým rozhovorem, neurologickým vyšetřením, laboratorními

náběry, až po specifické vyšetřovací techniky jako je např. Počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), lumbální punkce, elektromiografie (EMG), elektroencefalografie (EEG) atd.

Vzhledem k široké škále druhů onemocnění, která se mohou projevovat bulbárním syndromem, je stejně tak široké i spektrum diagnostických metod.

5. Jak vyléčit bulbární syndrom?

Bulbární syndrom není onemocnění, ale pouze soubor projevů, kterým se mnohá onemocnění manifestují. Vyléčením základního onemocnění způsobujícího bulbární syndrom, vymizí i syndrom samotný. Existuje také spousta rehabilitačních a logopedických cviků, které pomáhají s mírněním projevů bulbárního syndromu.



Tento souhrnný text je určen především pacientům trpícím onemocněním, ke kterému se váže bulbární syndrom. Slouží také pro lepší informovanost rodinných příslušníků.

OSKENUJ QR KÓD.

Kde hledat ověřené informace na internetu?



1. Co je to bulbární syndrom?

2. Jak se bulbární syndrom projevuje?

3. S jakým onemocněním je bulbární syndrom spojen?

4. Jaké jsou vyšetřovací metody?

5. Jak vyléčit bulbární syndrom?

Praktické návody na cvičení mluvení a polykání při bulbárním syndromu.



Bulbární syndrom

- Charakteristika
- Projevy
- Příčiny
- Vyšetření
- Léčba

Kontakt:
gasparovamarketa@gmail.com