



ZDRAVOTNÍCKE MINIMUM

Pre ošetrovateľa v zariadení sociálnej starostlivosti
Odborno – osvetová publikácia, ktorá má za cieľ rozšíriť všeobecný prehľad
a povedomie a byť praktickým návodom na riešenie
niektorých zdravotných situácií u klientov Komunitného centra Drahuškovo

Túto účelovú publikáciu ponímajte ako príležitosť na to, dozvedieť sa viac, získať informácie, ktoré môžu byť užitočné, ktoré môžete potrebovať v pomoci svojim zverencom, klientom, pacientom, kamarátom. V Drahuškove pracujú len múdri a šikovní zamestnanci, táto publikácia pomôže aby boli ešte múdrejší a ešte šikovnejší... ak budú pripadať niektoré vysvetlenia príliš odborné, nevadí – publikácia je určená širšiemu spektru čitateľov a veríme, že každý si z nej odnesie to čo bude potrebovať a chápať.

autori
MUDr. **Jozef Šóth**, CSc.
Všeobecný lekár, odborný lekár – neurológ
Anna Sóthová
Zdravotná sestra Komunitného centra Drahuškovo

Drahuškovo, 2013



Úvod

Cieľom tejto publikácie je pomôcť personálu v zariadení sociálnej starostlivosti oživiť si svoje poznatky a skúsenosti z praxe, orientovať sa v problematike nervových ochorení, osvojiť si základné zásady starostlivosti o pacientov s vybranými (najčastejšími) nervovými ochoreniami. Cieľom tejto publikácie je pomôcť pracovníkom v ich práci, pomôcť zariadeniu mať kvalitných, šikovných a múdrych zamestnancov. Ale v konečnom dôsledku, čo je najdôležitejšie - pomôcť pacientovi / klientovi v zariadení dostať kvalifikovanú a kvalitnú zdravotnú / ošetrovateľskú starostlivosť.

1. Základné zásady práce medicínska etika

Každú prácu možno robiť dobre a zle. Kdekoľvek možno zlú prácu tolerovať, len nie v zdravotníctve, v medicíne, v sociálnej práci – starostlivosti o chorých a odkázaných. Pacient je človek, odkázaný na našu pomoc, pacient / klient je laik, ktorý nepozná väčšinou svoj zdravotný stav, potrebuje poradiť, pomôcť. A zvlášť to platí pre mentálne, psychicky postihnutého pacienta / klienta. Pacient – klient je človek! Nie je treba pripomínať, že medicína, práca v zdravotníctve a sociálnej oblasti je poslanie. Je však nutné pripomenúť, že od kvality našej práce je veľmi, veľmi často závislé, či sa chorý človek vráti medzi zdravých bez zdravotného deficitu. Pacient je vo väčšine prípadov úplne závislý od našej starostlivosti.

V práci pracovníka v zdravotníckom, alebo sociálnom zariadení je nutné dodržiavať zásady zdravotníckej, medicínskej etiky. Pacienti s nervovými a psychickými chorobami sú často veľmi handicapovaní. Je veľmi ťažké a psychicky ničujúce, ak si uvedomíme, že klient má ochorenie, ktoré mu znemožňuje hýbať končatinou, časťou tela (parézy končatín). Keď má celkovú slabosť, ktorá mu obmedzuje jeho pohyb, niekedy aj bežné životné potreby (svalové ochorenia, myasthenické syndrómy). Stačí zamyslenie nad týmito súvislosťami a



pochopíme nesmiernu dôležitosť našej práce. Nesmierny význam "dobrej" práce v medicíne a sociálnej starostlivosti. Kvalitnej odbornosťou a kvalitnej prístupom k chorému. V medicínskej etike je veľa zásad, ktoré sa zvyknú pripomínať. Naučiť sa ich je však ťažko možné, treba ich cítiť. A preto si len uvedomme, že sme tu pre pacienta / klienta a on musí dostať všetko, čo sme schopní mu dať. Liečbu, starostlivosť, pomoc, ale aj našu trpezlivosť, láskavosť, toleranciu, ale aj milý úsmev, či pochopenie.

2. Starostlivosť o pacientov s vybranými nervovými ochoreniami

2.1. Základné prístupy k neurologickému pacientovi

Nie je potrebné opakovať zásady medicínskej etiky a **ľudskosti prístupu k pacientovi**, v našom prípade klientovi (kamarátovi). Z praktického hľadiska si treba uvedomiť predovšetkým časté poruchy hybnosti u rôznych nervových ochorení, poruchy koordinácie, obmedzenie bežných životných činností pre bolesť, alebo slabosť, či poruchy psychiky. Tak to býva aj u našich klientov, ktorí môžu mať celkovú svalovú slabosť, časté sú od detstva (od narodenia) tzv. DMO – detské mozgové obrny. Vtedy má pacient / náš klient stuhlosť svalstva, neovplyviteľné napätie, pre ktoré nevie dobre chodiť, či hýbať hornými končatinami, alebo dobre koordinovať pohyb.

Je samozrejmé, že ak pacient má parézu (ochrnutie, poruchu hybnosti) akejkol'vek časti tela, je odkázaný na pomoc inej osoby pri vykonávaní činnosti, ktorú tým nie je schopný zabezpečiť si sám. Osobná hygiena, sebaobsluha, jedlo. Z pochopenia princípu rôznych chorôb vyvstáva uvedomenie si deficitu pohybu pacienta, ktorý býva často výrazný a môže frustrovať pacienta (trápiť ho).

2.2. Bolesti hlavy

Prostá cefalea (bolesť hlavy)

Bolesť hlavy je jedným z najčastejších príznakov nervových ochorení. Bolesť hlavy nie je choroba, je to príznak. Môže byť nevýznamný u



výčerpania, únavy, po stresoch. Môže byť i závažný u iných ochorení. Ak bolesť hlavy nie je podmienená inými chorobami (cievne zmeny, vertebrogénne /chrbticové ochorenia, zápal, nádor) možno hovoriť o "prostej" bolesti hlavy. Často je veľmi zložitá rozhodovať, či sa jedná o "prostú" cefaleu, alebo "vazogénnu" (podmienenú cievnymi zmenami mozgových ciev v zmysle migrenóznej bolesti), alebo o bolesť "tenznú" z napätia, výčerpania.

Diagnostika: veľmi zjednodušene by sme mohli povedať, že po definitívnom vylúčení všetkých organických príčin bolesti hlavy môžeme cefaleu označiť ako "prostú".

Terapia: analgetikum možno aplikovať (Paralen, Ibalgin, Ibuprofen a iné). Väčšinou je ordinované analgetikum ako alternatíva pri objavení sa výraznejšej bolesti. Zdravotná sestra má právo aplikovať základné typy analgetík mimo p.o. aj i.m. (p.o. = per orálne, teda ústami, i.m. = intramuskulárne, teda injekčne do svalu). Rozváženie vhodnosti analgetika a hlavne jeho kontraindikácie u daného pacienta sú už zložitejšie. V krajnej situácii, kedy je nutné aplikovať analgetikum bez konkrétnej ordinácie lekárom je nutné sa pacienta spýtať, či na tento typ analgetika nemá alergiu, či nemá vredovú chorobu, ktorá by mohla byť aktivovaná po lieku a pod. To sa ale väčšinou nemôžeme spýtať našich klientov s autizmom. Vo všeobecnosti možno povedať, že vhodné je aplikovať skôr kvapkovú, ev. i.m. formu pri výraznejších bolestiach. Napr. Tramal / Tramadol gtt (kvapky), prípadne inj. i.m.

Pomôcť v rozhodnutí môže aj doterajšia ordinácia pacienta. Ak má pacient ordinované pre bolesť z minulosti napr. Brufen, či Paralen a objaví sa mu výraznejšia bolesť, je možné aplikovať opakované tbl. Brufen / Paralen. Vo všeobecnosti sa treba v analgetickej ordinácii vyhýbať aplikácii Acylpyrínu, Anopyrínu (spôsobujú vredovú chorobu žalúdka a alergizujú). Vtedy je skôr vhodnejší Paralen. A analgetiká je treba vo všeobecnosti minimalizovať.

Vazogénna - migrenózna cefalea

Podľa rozličných autorov a rozličných neurologických spoločností sa klasifikujú migrény na množstvá druhov a rozdelení. Pre bežnú prax to však nie je potrebné. Migréna - migrenózna cefalea (teda bolesť hlavy) - vazogénna cefalea je ochorenie, ktoré je podmienené prechodnými zmenami prievitu mozgových ciev. Nejedná sa o poruchu prekrvenia mozgu, kedy by sme hovorili o cievnej nedostatočnosti prekrvenia. V prípade migrény je práve rytmické (rychlejšie, či pomalšie) rozširovanie a zužovanie cievnej steny príčinou bolesti hlavy. Táto



bolesť býva väčšinou lateralizovaná na jednu polovicu hlavy, ktorá sa môže striedať. Niekedy začína bolesťou, pálením, slzením oka (jedného, oboch, môžu sa striedať). Často bývajú sprievodné príznaky, nevoľnosť, vracanie. Býva svetloplachosť, obľuba tmavých chladných miest, kde bolesť môže poľaviť. Niekedy sa sa pred bolesťou vyskutuje aura - predtucha v podobe určitých sensorických vnemov (svetelné vnemy, iskrenie, vlnenie obrazu, sluchové vnemy, šumenie, pískanie a pod.).

Diagnostika: Najdôležitejšie pre diagnostiku migrény je anamnéza (rozhovor s pacientom), podrobný popis ťažkosti a klinický obraz. Samozrejme s vylúčením iného organického ochorenia mozgu (to sa už rieši prostredníctvom neurológa).

Terapia: špecifické antimigrenózne preparáty (Migrenal, Sandomigran, Nocertone, Imigran, Sumatriptan...). Dôležitá je systematickosť v terapii, tzn. vedenie liečby neurológom po určitú dobu. Antimigreniká väčšinou nemajú vplyv na aktuálnu bolesť hlavy (teda aj pacient pri liečbe antimigrenikami môže mať akútny záchvat bolesti), čo možno ovplyvniť analgetikom (Tramal, Ergofein, Paralen...)

2.3. Vertebrogénne ochorenia a radikulopatie

Prostý vertebrogénny syndróm

Predstavuje rozmanitú skupinu ochorení, ktoré majú spoločný prejav v bolesti v oblasti chrbtice. Popisom stanovujeme v akej časti chrbtice sú bolesti maximálne (lumbálny, cervikálny, ...). Väčšinou sú bolesti podmienené vývojovými zmenami na chrbtici, alebo prostou poruchou statiky (postavenia) chrbtice pri nesprávnom držaní tela (skolióza, lordóza, kyfóza). Nezriedka môžu byť príčinou aj prenesené bolesti z iných vnútorných orgánov, či iných častí tela (napr. vyžarovanie do lumbálnej chrbtice z bedrových kĺbov pri arthróze, či vyžarovanie do chrbtice pri obličkových ochoreniach, alebo ischémii srdca). Dôležitá je diferenciálna diagnostika.

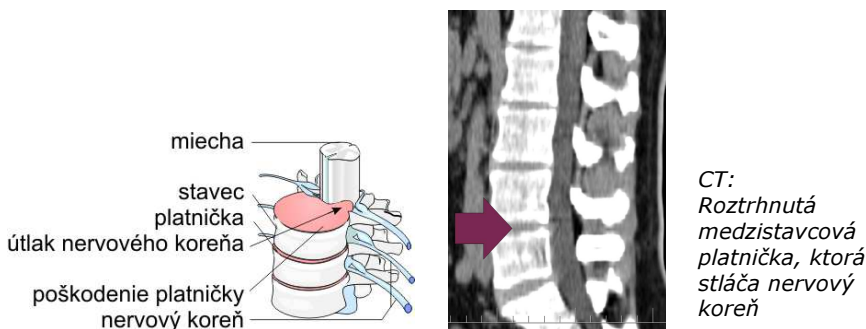
Diagnostika: RTG, CT, izotopové vyšetrenie skeletu (osteoporóza), funkčné vyšetrenia (pridružené poruchy iných orgánov, či nervov)

Terapia: u prostej vertebrogénnej bolesti je namieste aktuálne preliečenie pri výraznejších bolestiach (analgetiká, antireumatiká, myorelaxanciá), vhodná je však dlhodobá rehabilitačná starostlivosť cestou RHB oddelenia ale aj individuálna rehabilitácia.



Vertebrogénny syndróm s radikulopatiou

Deformačné zmeny na chrbtici (výrastky, spondylotické zmeny) ale obzvlášť poškodenie medzistavcovej platničky, ev. nádory môžu spôsobovať útlak nervových koreňov - radikulopatiu. Jedná sa o jednu z najčastejších chorôb, s ktorými pacienti prídu na neurologickú ambulanciu. Ak má pacient bolesti chrbtice bez iradiácie, hovoríme o prostom vertebrogénnom syndróme, ak sú aj klinické známky tlaku (čohokoľvek) na nervový koreň (radix) hovoríme o radikulopatii. Ak ju spôsobuje poškodenie medzistavcovej platničky (vyklenutie, alebo úplné roztrhnutie) hovoríme o diskopatii. Podľa toho, ktorý nervový koreň je tlačенý sa pomenuje radikulopatia (L5, S1, ev. C5, C6 ...). Prostý vertebrogénny syndróm (ak je naozaj "prostý") nevyžaduje urgentnú starostlivosť, v našej snahe dominuje úľava ťažkostí pacienta. U radikulopatie však už musíme presne diagnostikovať miesto a stupeň postihnutia ako aj jeho závažnosť. Dlhodobý tlak na nervový koreň totiž po čase môže spôsobiť poruchu jeho funkcie, ktorá niekedy môže byť trvalá – ireverzibilná (nevratná).



Diagnostika: RTG, CT, PMG, PMG/CT, MRI, EMG, SSEP

Terapia: konzervatívna (analgetiká, antireumatiká, myorelaxanciá, preparáty na hojenie a reštitúciu poškodzovaných nervov), radikálna (operácia)

2.4. Záchvatové ochorenia

Epilepsia

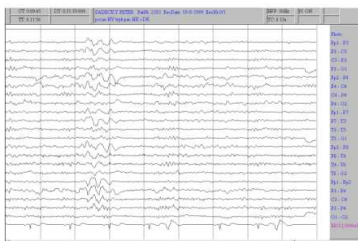
Epilepsia je záchvatové ochorenie mozgu, ktoré je podmienené paroxyzmálnou - záchatovou poruchou elektrogenézy mozgu. Teda



zjednodušene povedané náhlymi eketrickými výbojmi zhlukov mozgových buniek. Prejavuje sa väčšinou (nie vždy) krčami svalov, väčšinou (nie vždy) poruchou vedomia.

Spontánna elektrická aktivita mozgu je za normálnych okolnosti vyvážený stav elektrogenézy mozgových buniek. Tento rovnovážny stav môže byť narušený vplyvom rozličných okolností: organické zmeny mozgového tkaniva (zápal, nádor, ložisko cievnej mozgovej príhody), vonkašie vplyvy (toxické pôsobenie škodlivín, jedov, alkoholu) alebo iné príčiny poruchy elektrogenézy. Treba uviesť, že kapitola "iné príčiny" je čo do výskytu najväčšia. Ak je príčinou epileptického záchvatu organické poškodenie mozgu hovoríme o "sekundárnej epilepsii". Ak vzniká porucha elektrogenézy bez takýchto vplyvov hovoríme o "primárnej epilepsii".

Epileptický paroxyzmus, záchvat sa vyskytuje v populácii relatívne často. Nie každý pacient s objavením sa epileptického paroxyzmu, ojedinelého záchvatu sa môže nazvať epileptikom. Sú k tomu potrebné ďalšie kritéria (charakter záchvatu, jeho opakovanie, charakter EEG odpovede mozgu a pod.) Epilepsie možno, a je aj potrebné rozdeľovať na jednotlivé typy, pritom nomenklatúra / pomenovanie je zložitá a priebežne sú určitými neurologickými spoločnosťami prijímané štandardy a kritériá na zmenu klasifikácie a triedenia typov záchvatov.



Epilepsia je liečiteľné ochorenie! To treba zvlášť zdôrazniť. Znamená to, že v určitej situácii môže vzniknúť, ale môže sa aj vyliečiť, vymiznúť. Alebo stabilizovať - neobjavovať sa po nastavení správnej liečby. Stanovenie epilepsie ako diagnózy pacienta veľmi často vážne traumatizuje. Preto musí vidieť, že prístup k nemu je otvorený, že uzatvorením tejto diagnózy nie sú pre neho zatvorené dvere do spoločnosti a normálneho života. Mylné názory vychádzajú z predsudkov z minulosti. Farmaceutický priemysel v oblasti antiepileptickej terapie zaznamenáva obrovský pokrok a stáva sa veľkou pomocou na terapiu epilepsie.



Rozdelenie druhov epilepsie je veľmi rozmatité. Existujú epileptické prejavy s kŕčami, či bez nich, existujú epilepsie primárne a sekundárne, prejavujúce sa kŕčom len na časti tela, či polovici tela (tzv. Jacksonské paroxyzmy). Existujú typy epilepsií, ktoré sa prejavujú len krátkodobými výpadkami pozornosti (tzv. absencie). Presné rozdelenia, klasifikácia a následná liečba poatrí do rúk neurológa.

Diagnostika: anamnéza - podrobný popis záchvatu, klinický nález EEG (elektroencefalografie). Veľmi dôležitá je **objektívna anamnéza**: keďže pacient si na obdobie záchvatu často nepamätá. Je dôležité aby tento stav záchvatu bol potom ibnou osobou dobre popísaný. Teda ako pacient vyzeral – či bol napätý, či mal kŕč, či jeden alebo opakované, čií jeden z končatín, alebo polovice tela, či si pritom pohryzol jazyk, či sa pri záchvate pomohol.

Terapia: životospráva ! (pravidelný spánkový režim, dostatok odpočinku, nepreťažovanie organizmu a prepínanie síl, striktný zákaz alkoholu), antiepileptická terapia (Sanepil, Sodanton, Biston, Everiden, Sabril, Depakine, Rivotril,...) Dôležitá poznámka k terapii: v máloktorej oblasti liečby všetkých ochorení platí taký veľký dôraz na **správnosť užívania a dávkovania liečby** ako u antiepileptík.

Správne dávkovať, pravidelne užívať, nevysadzovať!

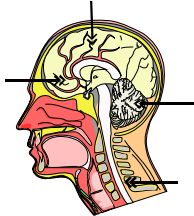
Popis terapie epileptického záchvatu je uvedený v kapitole o riešení naliehavých situácií.

2.5. Degeneratívne ochorenia

Táto skupina ochorení je voľne formulovaná a uvedieme len dva príklady, ktoré sa najčastejšie vyskytujú.

Sclerosis multiplex (skleróza multiplex)

Princíp aj prejavy tohoto ochorenia sú veľmi ľahko pochopiteľné pri uvedomení si podstaty ochorenia.



Podľa miesta, ktoré postihujú demyelinizačné zmeny nervovej sústavy sa objavujú klinické príznaky. Väčšinou ochrnutie, či tŕpnutie, alebo porucha koordinácie.



Nervové vlákna, dráhy sú na svojom priebehu obalené izolantom - myelínom. Ten je potrebný na rýchlejšie vedenie vzruchu nervom, ktorý je zabezpečený tým, že nervový impulz na neprenáša priamym vedením po povrchu nervu (depolarizáciou jednotlivých buniek vlákna medzi sebou - čo je veľmi pomalé - kondukčné vedenie), ale tzv. "saltatorným" vedením. Teda skákaním nervového impulzu medzi jednotlivými medzermi v myelíne tzv. "Ranvierovými zárezmi" - čo je oveľa rýchlejšie, lebo sa môže vynechať množstvo depolarizácií, ktoré by sa museli udiť pri kondukčnom vedení. Ak dôjde k poruche myelíny - demyelinizácia, nemôže byť realizované saltatórne vedenie a preto sa celý proces vedenia vzruchov nervovými dráhami spomaľuje. Sclerosis multiplex (SM) je demyelinizačné ochorenie. Z toho rezultujú všetky poruchy, ktoré má pacient s demyelinizáciou. Poruchy hybnosti, poruchy koordinácie, poruchy citlivosti. Podľa toho, ktoré nervové dráhy sú postihnuté demyelinizáciou prejavujú sa ťažkosti pacienta a podľa toho vyzerá aj klinická symptomatológia.

SM je autoimunitné ochorenie, ktoré je ťažko liečiteľné. Našťastie je len veľmi málo foriem SM, ktoré natoľko postihujú dráhy hybnosti, že je pacient úplne ochrnutý. Väčšinou sú poruchy prechodné, postihujúce len určité časti nervových dráh. Intenzita kolíše - tzv. remitujúca forma SM.

Diagnostika: klinický nález, MRI (zobrazenie ložísk demyelinizácií v mozgu, či mieche), VEP, BAEP, SSEP (kvantifikovanie funkčnej poruchy príslušnej časti nervových dráh), likvorologické vyšetrenie (teda vyšetrenie vzorku mozgomiechového moku odobratého po lumbálnej punkcii).

Terapia: kortikoidy, imunosupresíva, vitamínoterapia, preferovať je potrebné intenzívnu rehabilitáciu. Jedna z nových foriem liečby je terapia interferónmi (Bataferon) a liečba Natalizumabom (Tysabri).

Parkinsonský syndróm

Predstavuje poruchu koordinácie (súhry) extrapyramídového systému (bazálne gangliá - štruktúry v centre mozgu) na základe nerovnováhy medzi niektorými neurohormónmi (predovšetkým Acetylcholín a Dopamín). Najčastejšie sa vyskytuje pri degenerácii mozgu (atrofia), kalcifikátoch (zvápenatenie), cievnych príhodách (krvácenie do bazálnych ganglií), nádoroch.

Prejavuje sa zvýšeným svalovým napätím (hypertonus), kľudovým, trasom, semiflekčným postavením tela (ľahký predklon s pokrčením

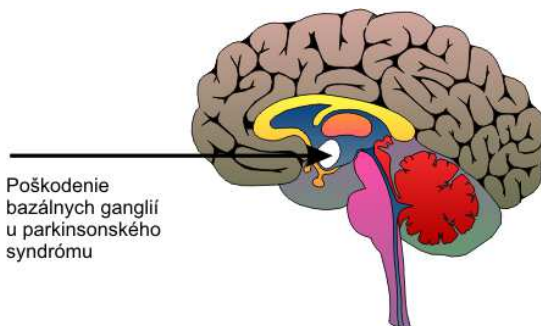


končatín), poruchami koordinácie.

Dnes už je verifikovaná aj genetická porucha na určitom géne, ktorá je príčinou takéhoto syndrómu aj bez vyššie uvedených vonkajších vplyvov a poškodenia bazálnych ganglií. Vtedy hovoríme o Parkinsonovej chorobe.

Diagnostika: klinický obraz, CT mozgu, MRI, EMG (určen ie typu trasu, či sa jedná o parkinsonský charakter tremoru), neurogenetické vyšetrenie je zatiaľ na Slovensku pre klinickú prax nedostupné.

Terapia: antiparkinsoniká (Nakom, Deparkin, Jumex, PK-Merz...), nootropiká.



2.6. Onkologické ochorenia

Nádory mozgu, miechy

Nádory mozgu môžu byť primárne vychádzajúce z mozgového tkaniva či jeho obalov, alebo sekundárne (metastázy) z nádorov iných orgánov. Nádory mozgu samy nemetastazujú. Môžu byť benígne (nezhubné) a malígne (zhubné). Prejavujú sa temer vždy bolesťami hlavy a príznakmi podľa časti mozgu, ktorú poškodzujú. Mozog je uložený v lebke, ktorá je pevnou schránkou, preto sa pri raste nádoru, alebo sekundárne edémom mozgu môžu objaviť príznaky zvýšeného vnútrolebečného tlaku. Prejavujú sa bolesťou hlavy, nevoľnosťou, vracaním, poruchou vedomia, môžu byť poruchy hlavových nervov (okohybné). Aj u nádorov benígnych, ak pacient príde k vyšetreniu po dlhej dobe rastu nádoru sa napriek dobrej prognóze benígneho onkologického ochorenia môžu objaviť príznaky ICH.

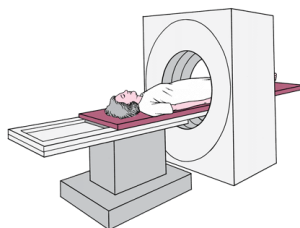
Diagnostika: klinický náález, CT mozgu, MRI mozgu, angiografia



3. Neurologická diagnostika

Zobrazovacie vyšetrenia

CT (Computer Tomography) - počítačová tomografia: jedna, alebo viac RTG lúčov obiehajúcich dokola po kružnici okolo pacienta ("v tuneli"). RTG žiarenie je snímané na opačnom póle kruhového poľa, zaznamenaný obraz vyhodnocuje počítač a zloží z neho obraz "rezu" zobrazovaným tkanivom.



MRI (Magnetic Resonance Imagination) - nukleárna magnetická rezonancia: pri podobnom princípe vyšetrenia ako u CT je zaznamenávané elektromagnetické vlnenie, ktoré prechádza zobrazovaným tkanivom. Tým je vyšetrenie podrobnejšie a lepšie zobrazujúce ako CT hlavne "mäké" tkanivá (mozog, miecha).

PMG - perimyelografia: do miechového kanála sa aplikuje kontrastná látka a následne sa realizuje RTG, čo umožní zobrazit kontúry mäkkých tkanív (miecha, korene, medzistavcové platničky), ktoré sú inak RTG nekontrastné. PMG/CT - následné realizovanie CT obrazu znásobí diagnostickú výťažnosť oboch metód.

Funkčné vyšetrenia

EEG - elektroencefalografia: záznam spontánnej elektrickej aktivity mozgu povrchovými elektródami do elektroencefalogramu - EEG záznamu. Diagnostika záchvatových ochorení - epilepsie.



EEG SD: natívny EEG záznam po spánkovej deprivácii, teda záťaži pacienta k nespaním. Táto záťaž provokuje pacienta k



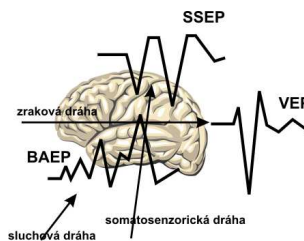
epileptogénnej aktivite, preto sa pri zázname môžu odкрыť i patológie nevyjadrené v natívnom EEG.

Video EEG: dlhodobý, väčšinou celonočný záznam EEG u spiacего pacieuta pričom je tento aj snímaný videokamerou. Pozorujú sa vzťahy stavu EEG a výzoru pacieuta (prípadne kľče, pohyby). Významný je záznam EEG aj video na prechode spánkových štádií, ev. pri prebúdzaní, čo sú najčastejšie štádiá vzniku epileptického záchvatu.

EMG - elektromyografia: stimulačnou metódou /STEMG/ sa dráždi nerv a registruje sa odpoveď vo svalе, čím sa dá merať rýchlosť vedenia periférnym nervom, iné stimulačné metódy môžu diagnostikovať napr. myasthenickú reakciu u myasthénie gravis a pod. Natívna - ihlová EMG - po vpichnutí ihly do svalu sa podľa charakteru odpovede dá diagnostikovať neurogénne, príp. primárne myogénne (svalové) postihnutie daného svalu, či iné typy poškodenia.



VEP (Visual Evoked Potential) - zrakový evokovaný potenciál: stimulácia zraku špecifickým podnetom (napr. reverzujúca čiernobiela šachovnica) a registrácia odpovede na tento podnet povrchovou elektródou nad zrakovým centrom vo forme špecifickej krivky. Diagnostika retrobulbárnej neuritídy, demyelinizačného postihnutia pri SM v obraze spomalenia vedenia zrakovou dráhou.



BAEP (Brainstem Acoustic Evoked Potential) - sluchový evokovaný potenciál: stimulácia sluchu špecifickým podnetom (napr. klikanie v sluchátkach) a registrácia odpovede na tento podnet povrchovou elektródou nad sluchovým centrom vo forme špecifickej krivky. Diagnostika demyelinizačného postihnutia pri SM v priebehu sluchovej dráhy, diagnostika funkčného postihnutia pri neurinome sluchového nervu.





SSEP (Somatosensory Evoked Potential) - somatosenzorický evokovaný potenciál: kľikanie elektrickým stimulom na periférny nerv (HK, DK) a registrácia povrchovou elektródou v projekčnej mozgovej oblasti somatosenzorickej aferencie, čím sa dá merať rýchlosť vedenia touto aferentnou dráhou. Diagnostika porúch citlivosti pri radikulárnom poškodení, alebo tumoroch miechy (hemidyestézy, paraparézy), poruchy vedenia pri SM a pod.



MEP (Motor Evoked Potential) - motorický evokovaný potenciál: stimulácia motorického kortexu mozgovej kúry elektrickým, alebo magnetickým impulzom a meranie charakteru a rýchlosti odpovede v periférnom svalu na HK, a DK.



4.

Naliehavé situácie (riziko ohrozenia zdravia a života)

V podmienkach zariadenia sociálnej starostlivosti ako je napr. Drahuškovo potrebujeme zvládnuť (s výnimkou úrazov) v podstate tri druhy náhlych stavov, ktoré by ohrozovali pacienta (obyvateľa, klienta, kamaráta – alebo v širšom ponímaní ktoréhokoľvek z našich priateľov, kolegov, spolupracovníkov). Je to anafylaktická reakcia, epileptický záchvat a hypoglykemická kóma. O stavoch, ktoré by sa mohli vyskytnúť ale sú extrémne nepravdepodobné a aj tak ich ako laici nevieme vyriešiť, lebo na to musíme zavolať lekársku pomoc sa nemusíme zmieňovať.

Nezabúdajme, že v prípade nejasnosti, neistoty alebo zjavnej potreby pomoci voláme telefonicky rýchlu zdravotnícku pomoc –

RZP - na tel čísle 112.

Ak budeme telefonovať pre RZP tak nezabudnime uviesť:

- meno volajúceho,
- meno ohrozeného (pacienta),
- čo ho trápí – čo na ňom vidíme (napr., nedýcha, krváca, nehýbe rukou, novhou, zvracia...) a hlavne
- **odkiaľ voláme** aby pomoc vedela kam má prísť pomáhať (teda Komunitné centrum Drahuškovo – Krajné, Žadovica).

Anafylaktická reakcia

Reakcia na cudziu škodlivinu, reakcia na doteraz neužívaný liek je tou najčastejšou reakciou v zdravotníctve. U každého pacienta je doberaná alergická anamnéza, ak je alergia na lieky, treba ju výrazne označiť v dokumentácii. Cudzia škodlivina môže byť aj kákoľvek iná cudzorodá látka, ktorá sa dostane do organizmu. Napríklad jed po poštípaní hmyzom. Včelou, osou.



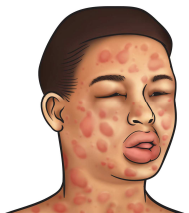
Objavenie reakcie na liek môže byť

Nevýznamné a pozvoľné, alebo prudká reakcia

Prejavy: tachykardia (zrýchlená činnosť srdca), dýchavičnosť, schvätenosť, porucha vedomia postupne sa zhoršujúca, začervenanie kože

Zárok: v našich podmienkach meranie pulzu a sledovanie dýchania, či nedochádza k jeho výraznému zrýchľovaniu. Sledujeme, či nevystúpi pulz pacienta nad 100 pulzov / minútu. Ak ano, alebo je pacient začervenalý, schvätený, lapá po dychu - treba volať lekársku pomoc. Ak pacient javí známky dusenia - to znamená, že lapá podychu a nedokáže sa nadýchnuť, čo najčastejšie býva po opuchu hrtana alergickou, anafylaktickou reakciou organizmu, vtedy voláme lekársku pomoc okamžite.

Musíme však byť pokojní, rozvážni, **nesmieme robiť paniku** a pacienta zbytočne stresovať našim stresom.



Dôležité!

Ak nie sme si istí, či sa môže jednať o anafylaktickú reakciu - voláme záchranku - RZP
Radšej zbytočne ako neskoro.



Samozrejme nikdy využítie rýchlej zdravotnej pomoci nezneužívame.

O takejto pomoci rozhoduje vedúci zmeny!



Epileptický záchvat

Pozorné sledovanie stavu záchvatu (dodatočne po jeho zvládnutí podrobne zaznamenať - vid' vyššie). Nespôsobujme paniku, nevykrikujme, nestrašme pacienta.

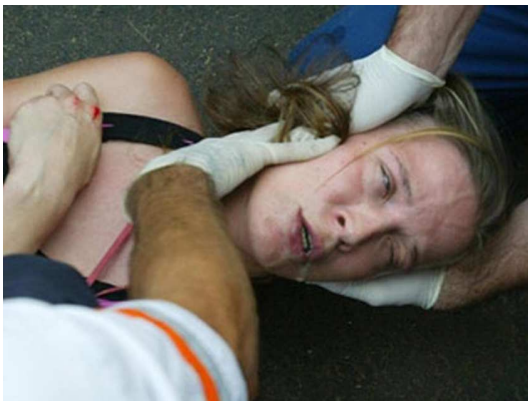
Volajte pomoc iných osôb (ak je potrebné), aby sa zabránilo úrazu pacienta pri kŕčoch, ak sú horné končatiny bez kŕčov aplikovať Diazepam – v podmienkach zariadenia sociálnej starostlivosti vo forme rektálnej ampulky – teda rýchlo aplikácia z plastovej ampulky po jej otvorení do konečníka.

Nevytáňovať jazyk, neotvárať násilím ústa !

Nesnažiť sa narovnávať končatiny v kŕči (hrozí fraktúra – zlomenina kosti) !

Základnou zásadou v starostlivosti o pacienta s epileptickým záchvatom je neintervenovať (nezasahovať) do neho silou, pomoc ev. vlastné možnosti využiť len k zabráneniu jeho ďalšieho úrazu (úder hlavy o podlahu, radiator, hranu stola a pod.).

Voláme rýchlu zdravotnícku pomoc - tel. č 112. Kým lekár príjde a záchvat pokračuje bez prestávky viac ako 3 min. možno opakovať dávku Diazepam do konečníka ešte raz. Ďalší postup už stanoví privolaný lekár.



Dôležité!

*Hlavnou úlohou pri pomoci pacientovi s epileptickým záchvatom je **zabrániť jeho úrazu.***



Hypoglykemická kóma

Hypoglykemická kóma predstavuje náhlu poruchu vedomia u pacienta, ktorý je liečený na cukrovku inzulínom. Dôjde k nej vtedy, keď pacient má výrazne zníženú hladinu cukru, z čoho sa môže potom objaviť porucha vedomia.

To sa môže stať v podstate z dvoch dôvodov.

1. pacienti sa aplikujú neadekvátne vysoká hodnota inzulínu
2. pacient pri normálnej a obvyklej dávke inzulínu sa nedostatočne naje.

Preto je nesmierne dôležité u pacienta s cukrovkou / diabetom dodržiavanie správnej životosprávy. Tá spočíva vo vyrovnanom príjme cukrov (sacharidov) rozložených v pravidelných intervaloch v priebehu dňa. Preto pacient s cukrovkou máva aj 2. večeru, aby úsek dňa kedy by nemeprijal žiadnu potravu nebol veľmi dlhý (od večere do raňajok).

Diagnostika: ak máme možnosť použiť glukomer, dá sa hladina cukru odmerať presne. Nemala byť klesnúť pod 5,0 mol/l - hladina pod 4,0 mmol/l je už považovaná za hypoglykémiu a začína byť nebezpečná.

Terapia: správna životospráva a rozumné prájmanie stravy rozložené do správnych intervalov (prevencia), ak sa objaví hypoglykemia pacientovi dáme zopustiť si kocku cukru v ústach, zjesť lyžicu cukru alebo vypiť sladký nápoj.



Dôležité!

Ak pacient v hypoglykemickej kóme odpadol a je v bezvedomí, uložíme ho **do stabilizovanej polohy** (tvárov nadol), aby pri zvracaní nemohol vdýchnuť zvratky.



Stručný terminologický slovník

paréza - oslabenie hybnosti, ochrnutie
hemiparéza - ochrnutie polovice tela (pravej-ľavej)
paraparéza - ochrnutie dolnej-hornej polovice tela
paralýza - náhle úplné ochrnutie svalstva
evokovaný potenciál - vyvolaná odpoveď mozgu po stimulácii senzorického analyzátora
SM - sclerosis multiples - roztrúsená skleróza (demyelinizačné ochorenie)
ALS - amyotrofická laterálna skleróza (degenerácia predných rohov miechy)
TIA - tranzitória ischemická ataka (prechodné nedokrvenie mozgu, netrvajúcce viac ako 24 hodín, ktoré nezanechalo klinický deficit)
VBI - vertebrobazilárna insuficiencia (TIA vo vertebrálnom povodí s prejavmi poškodenia mozočku a kmeňa)
CSL - cerebrospinálny likvor (mozgomiechový mok)
CPK - kreatinfosfokináza (enzým, ktorého hodnota sa zvyšuje pri svalovom postihnutí)
HBsAg - antigén hepatitídy B (s-surface - povrchový, existuje aj c-core)
LIS - lumboischialgický syndróm (radikulopatia, útlak nervového koreňa lumbálneho pletenca)
Diskopatia - poškodenie medzistavcovej platničky
HE-DI - hernia disku (úplné roztrhnutie platničky)
Laminektómia - preťatie stavcového oblúka pri operácii medzistavcovej platničky
Pyramídová dráha - kortikospinálna dráha od motorickej kôry mozgu k predným rohom miechy zabezpečujúca hybnosť
Extrapyramídový systém - mimopyramídový koordinačný systém regulujúci svalovú koordináciu a svalový tonus (najmä prostredníctvom bazálnych ganglií)
Osteochondróza - degeneratívne zmeny na medzistavcovej platničke (nepriamy dôkaz diskopatie)
Spondylotické zmeny - kostenné výrazstky na stavcoch chrbnice
Arthróza - degeneratívne zmeny kĺbov
Osteoporóza - preriednutie kostí (vypadávanie vápnika)
Spondylarthróza - deg. zmeny na medzistavcových kĺboch
Morbus Scheuermann - vývojové zmeny na krycích platničkách



stavcových tiel prejavujúce sa ako vpáčenja (Schmorlovove uzle)
ICH - intrakraniálna hypertenzia - difúzne zvýšenie vnútrolebečného tlaku

Glíóm, oligodendroglíóm, astrocytóm - typy nádorov mozgu podľa histologického rozboru

Meningeóm - nezhubný nádor obalov nervovej sústavy (mozgu, miechy)

Neuralgia - pálčivá, šľahavá bolesť (najčastejšie nervus trigeminus - trojklanný nerv a interkostálnych nervov)

Vertigo - závrat, točenie hlavy

Nauzea - pocit na zvracanie

Vomitus - zvracanie

Tinitus - šumenie v uchu

Diplopia - dvojité videnie

Strabizmus - škýlenie

Kolaps - krátkodobé odpadnutie rýchlym návratom vedomia

Orthostatický kolaps - odpadnutie, zamdlenie po prudkom postavení

Nystagmus - rytmické záškľby očí

Bulbárna symptomatológia - poruchy prehĺtania, obratnosti jazyka

Cerebellárna symptomatológia - poruchy poškodenia mozočka (porucha koordinácie)

Kmeňová symptomatológia - známky poškodenia mozgového kmeňa (poruchy dychu, akcie srdca, vedomia, oko-hybné poruchy,...)

Meningeálna symptomatológia - dráždenie miechových obalov pri meningizme (meningitída, subarachnoidálne krvácanie)