

# Specifika ošetrovateľskej péče u nádorů CNS



**MGR. IVANA PRŠALOVÁ**

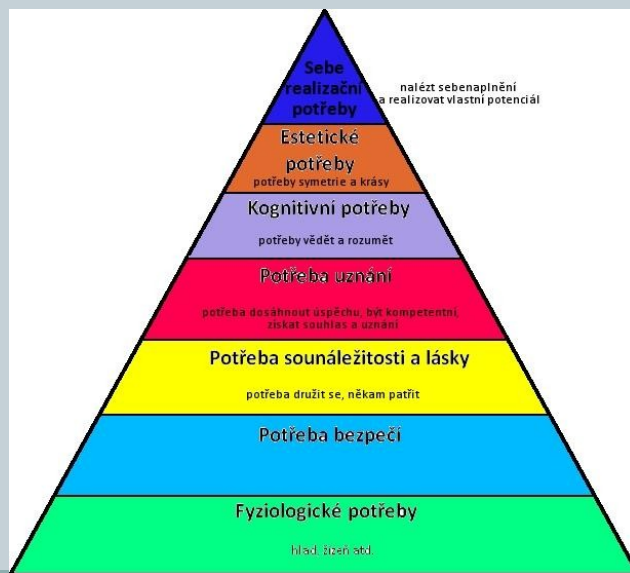
# Ošetrovatelská péče spočívá v



- předoperační a pooperační péči
- monitoringu vitálních funkcí
- péči o operační rány
- péči o drenáže
- nácviku sebepéče
- polohování a rehabilitace při plegiích a parézách
- kontrola specifické váhy moči a bilance tekutin u adenomů hypofýzy
- a v neposlední řadě psychologické podpoře nemocného a rodinných příslušníků



- Výsledkem ošetrovateľskej péče má byť pacient s uspokojenými bio- psycho – sociálnymi potrebami. Abychom mohli tohoto cílu dosáhnout, musíme se vypořádat s řadou příznaků, které nádorové onemocnění centrální nervové soustavy provázejí.



# Mezi nejčastější příznaky patří:



- poruchy hybnosti (parézy, plegie)
- hemihypestezie
- poruchy zraku
- poruchy řeči
- psychické změny
- poškození hlavových nervů
- epileptické záchvaty
- bolesti hlavy
- nauzea a zvracení
- městnavá papila na očním pozadí

# Mezi závažnější příznaky pramenící z útlaku mozkové tkáně patří:



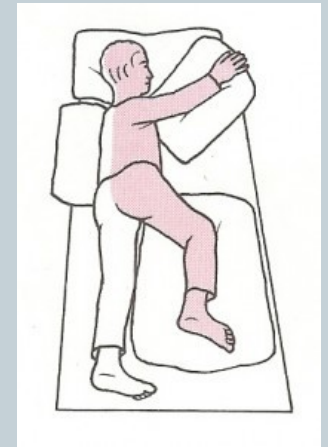
- syndrom nitrolební hypertenze
- edém mozku



# Poruchy hybnosti

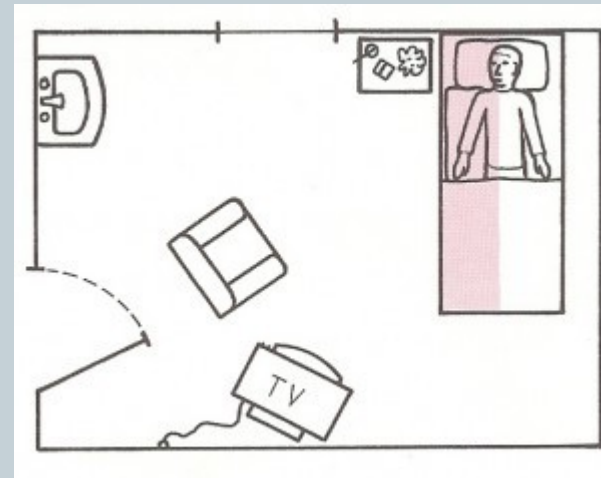


- hemiparézy
- hemiplegie



## Využití

- Neurorehabilitace
- Bazální stimulace
- Metody Bobath



# Hemihypestezie



- horké tekutiny
- poranění
- otlaky



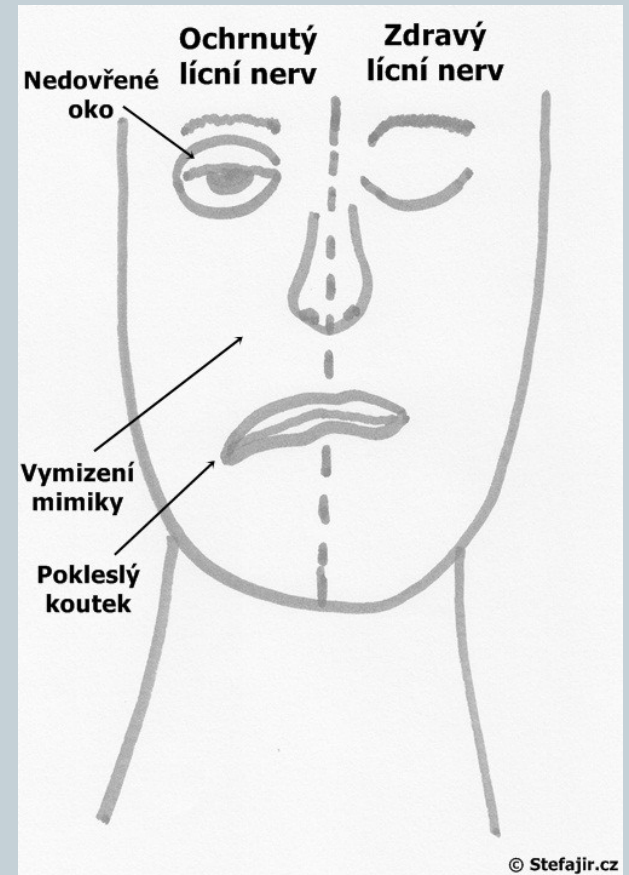
# Poruchy zraku



- Lagofthalmus při postižení nervu facialis

Prevence rohovkových vředů

- zvlhčování oční vodou, očními mastmi
- aplikace vlhké komůrky
- tarzografie

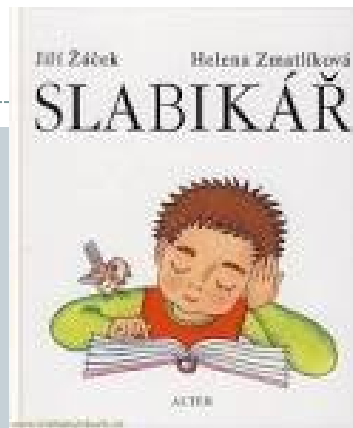




# Poruchy řeči



- dysartrie - tvorba i rozumění řeči zachováno, ale je ztížena artikulace, článkování řeči
- afázie - porucha tvorby a porozumění řeči, způsobena poruchou dominantní hemisféry
- dysfonie - poruchy tvorby hlasu
- dysfágie - poruchy polykání
  
- V klinické praxi rozlišuje **expresivní afázii**, při níž je porucha tvorby řeči při zachovalé schopnosti řeči rozumět a **senzorickou afázii**, s poruchou porozumění řeči a zachovalé schopnosti mluvit.



# Psychické změny



- po domluvě s lékařem možnost zajištění klinického psychologa



# Psychické změny



- **organický psychosyndrom**
- postižení frontálního laloku – pacient nemá zájem o dění kolem sebe, je uzavřený. Objevují se poruchy řeči. Nápadná je nepřiměřená euforie nebo hrubé provokativní odpovědi s výrazným neklidem až agresivitou.
- postižení parietálního laloku – pacient ztrácí praktické dovednosti, jako např. schopnost se obléci. Přítomna může být porucha řeči (afázie), psaní (agrafie), počítání (akalkulie) a čtení (alexie).



- postižení okcipitálního laloku – pacient ztrácí schopnost rozeznat barvy, mohou být přítomny zrakové halucinace a migréna
- postižení temporálního laloku – u pacienta se vyskytují poruchy řeči, iluze viděného i prožitého a poruchy paměti; sklon k záchvatovitým stavům a křečím
- postižení cerebrálního laloku – charakteristický je projev skandované řeči, při níž nemocný vyráží první slabiku, ostatní následné slabiky polyká nebo hovoří zpomaleně

# S pacientem, který má změněný psychický stav, musíme dodržovat základní pravidla komunikace



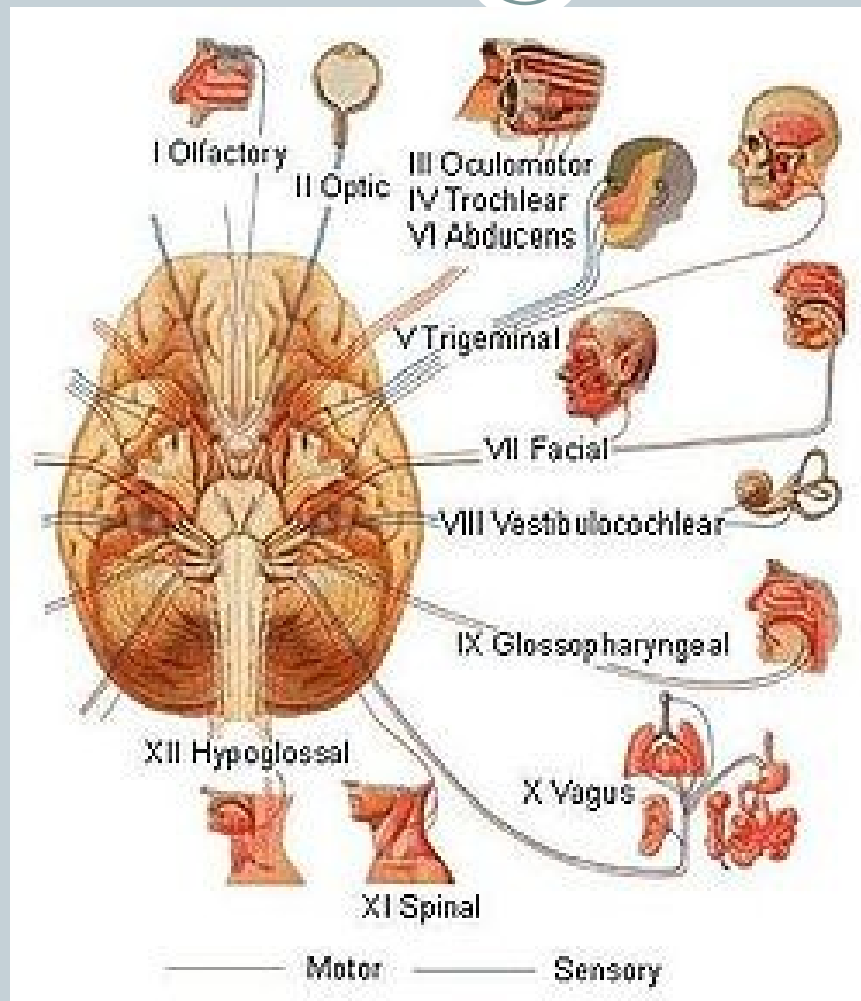
- mluvit klidně přesvědčivým a vlídným hlasem
- projevovat trpělivost v průběžném a opětovném podávání informací
- dát prostor pacientovi na jeho dotazy
- sledovat výkyvy nálad (součást onemocnění)
- přistoupit „na hru“ pacienta, je-li např. přesvědčen, že je doma, nevyvracet mu jeho postoj
- udržovat si od pacienta bezpečnou vzdálenost, nenakročovat náhle směrem k pacientovi a - nedělat prudká gesta
- při nepříjemném a ohrožujícím chování pacienta je třeba postupovat věcně a rozhodně
- přístup k pacientovi je klidný, bez projevů ironizace
- profesionální zvládnutí konfliktních situací

# Telefonní kontakty v případě ošetřování agresivního pacienta



- **kl. 2121 (velín)**
- **kl. 2840 (centrální sanitáři)**
- **kl. 2222 (bezpečnostní služba)**
  
- **kl. 3000 (zajištění průchodu  
přes vrátnici)**

# Poškození hlavových nervů





# Epileptické záchvaty



**Základní pravidly při vzniku epileptického záchvatu jsou:**

- přivolat si pomoc (zapnutí alarmu, přivolání kolegyně/ lékaře)
- zkontrolovat zda má pacient volné dýchací cesty
- zajistit bezpečnost pacienta (aby nedošlo k druhotnému poranění pacienta)
- nebránit záškubům a křečím
- zajistit dohled nad pacientem, zajisti pomůcky a léky (zajištění intravenozního vstupu)
- po příchodu lékaře informovat o průběhu záchvatu, chronické medikaci
- aplikace léků dle ordinace lékaře (Apaurin, kyslík)
- klidná komunikace s pacientem
- vyčkat konce záchvatu, neodcházíme od pacienta
- pacienta uložit na lůžko po stabilizaci celkového stavu
- uklidnit pacienta, zajistit, zda si pamatuje na průběh záchvatu
- pokud pacient po prodělaném epileptickém záchvatu usne, neměl by se rušit
- kontrola vitálních funkcí a celkového stavu
- záznam do dokumentace
- plnění ordinací lékaře

# Bolesti hlavy



- monitoring VAS
- podávání analgetik časovaně
- eliminace rušivých faktorů



# Nauzea a zvracení



- zajištění dostatečné hydratace
- sipping
- zavedení nasogastrické sondy (po 3 dnech nemožnosti per os příjmu)
- parenterální výživa

Vždy upřednostňujeme per os příjem před parenterální výživou!!!

# Během hospitalizace sledujeme možné známky dehydratace pomocí:

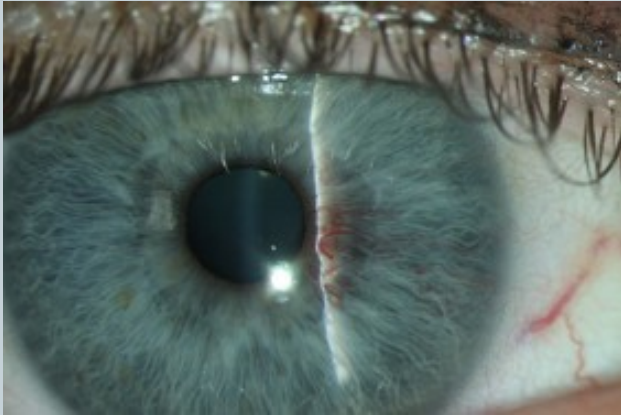


- měření bilancí tekutin
- měření specifické váhy moči
- měřením CVT
- kontroly krevního tlaku
- sledováním klinických projevů: zmatenost, snížený turgor kožní, suchost sliznic aj.

# Městnavá papila na očním pozadí



- aplikace mydriatik před vyšetřením očního pozadí



# Syndrom nitrolební hypertenze



- V nitrolebním prostoru je normálně udržována vzájemná rovnováha mezi objemem tří hlavních součástí a to mozkového parenchymu, likvoru a krve. Dojde-li k nerovnováze mezi jednotlivými složkami, má to za následek zvýšení nitrolebního tlaku (ICP).
- Příčinou tohoto zvýšení může být mozkový edém, hematoma, obstrukce odtoku mozkomíšního moku, ztížení žilního odtoku.
- Normální hodnoty nitrolebního tlaku jsou u dospělého 7-15 mm Hg.
- Trvalé hodnoty vyšší než 20 mm Hg jsou považovány za patologické a je zapotřebí zahájit léčbu.

# Příznaky nitrolební hypertenze



- bolest hlavy různé intenzity
- zvracení
- závratě
- městnavá papila očního nervu
- psychické změny
- epileptické záchvaty
- změny TK, P
- poruchy dechu

# Terapie nitrolební hypertenze



- zvýšená poloha hlavy a horní poloviny těla (30°)
- udržení krevního tlaku z důvodu zajištění dostatečné mozkové perfuze
- analgosedace
- řízená hypotermie

Léčebná opatření při nárůstu ICP /dle ordinace lékaře/:

- Thiopental, Propofol – podáváme kontinuálně, bolusově před manipulací s pacientem



# Mozkový edém



## Terapie

- Manitol i.v.
- Furosemid i.v.
- dekompresivní kraniektomie

# Specifická ošetrovatelská péče o pacienta před a po operaci transsfenoidálním přístupem

## Před operací

- nutné zajištění ORL vyšetření
- bakteriologické vyšetření výtěru z nosu
- endokrinologické vyšetření
- oční vyšetření a perimetr
- k operaci oholit pouze pravé stehno na odebrání štěpu
- příprava pacienta dle ordinace lékaře (Ceftriaxon i.v., Hydrocortison 100mg i.v., Pamycoin do nosu, Braunol 1% roztok do nosu)



## Po operaci

- pacient udržuje na lůžku vodorovnou nebo mírně zvýšenou polohu
- v dutině nosní je zavedena tamponáda
- sledujeme likvoreu, epistaxi
- v případě podezření na likvoreu posíláme vzorek na beta transferin k průkazu mozkomíšního moku - při pozitivním výsledku klid na lůžku, restrikce tekutin, zavádí se spinální linka
- pacient nesmí smrkat, kýchat
- nesmí tlačit na stolicí (preventivní podávání Lactulosa sirup)
- sledujeme vizus, velikost a symetrii zornic



- aplikace Sanorin 5x denně do nosu (dle ordinace lékaře)
- ATB i.v. dle ordinace lékaře
- Hydrocortison i.v. se postupně snižuje až do dávky p.o. dle endokrinologie
- denně odběry iontogramu, osmolalita
- přísná monitorace bilance tekutin a specifické váhy moči
- dle ordinace lékaře podáváme Minirin Melt pod jazyk
- detamponáda se provádí na ORL ambulanci
- dle ordinace ORL dále kapat do nosu Sanorin gtt., Vincentku spray či FR na zvlhčení