

VEGETATIVNÍ STAV (APALICKÝ SYNDROM)

MUDr. David Doležil, Ph.D., Bc. Kamila Carbolová

Neurologická klinika FN, Ostrava

Incidence pacientů s vegetativním stavem se každoročně zvětšuje. Termín vegetativní stav dostatečně výstižně koreluje se současnými patofyziologickými znalostmi a lze jej akceptovat jako obecně užívaný pojem odpovídající patofyziologické podstatě syndromu rozlišit ve svém názvosloví pravděpodobnou možnost uzdravení a nebo setrvání ve VS. Byly zavedeny termíny vegetativní stav, persistentní vegetativní stav a permanentní vegetativní stav, které odlišují délku trvání tohoto stavu od počátku onemocnění a mají rozdílnou prognózu ve vztahu k možnému parciálnímu a nebo úplnému uzdravení. Prognóza pacienta je rovněž dána charakterem primárního onemocnění, komorbiditami a komplikacemi v průběhu vegetativního stavu. V péči o pacienty s vegetativním stavem hraje důležitou roli mimo lékařskou péči zejména sesterská a ošetrovatelská péče a rehabilitace.

Klíčová slova: vegetativní stav, persistentní vegetativní stav, permanentní vegetativní stav, ošetrovatelská péče.

Klíčové slova MeSH: stav vegetativní perzistentní – ošetrovanie; starostlivosť ošetrovateľská.

Neurol. prax, 2007; 1: 22–27

Seznam zkratk

AS – apalický syndrom

MCS – minimální stav vědomí

PVS – persistentní vegetativní stav

PMVS – permanentní vegetativní stav

VS – vegetativní stav

1. Úvod

O apalickém syndromu (a-pallium – bez kůry mozkové) se první zmínil v roce 1899 Rosenblath. Nebylo však použito označení apalický syndrom. Rosenblath popsal průběh choroby a patologický nález u 15letého provazolezce A. Geisslera, který se společně se svým otcem zřítíl 8. 9. 1885 při provazolezeckém vystoupení z výšky asi 4 metrů. Pacient žil 245 dní a nakonec zemřel na sekundární komplikaci. Rosenblath označil tento symptomový komplex jako „pozoruhodný případ otřesu mozku“.

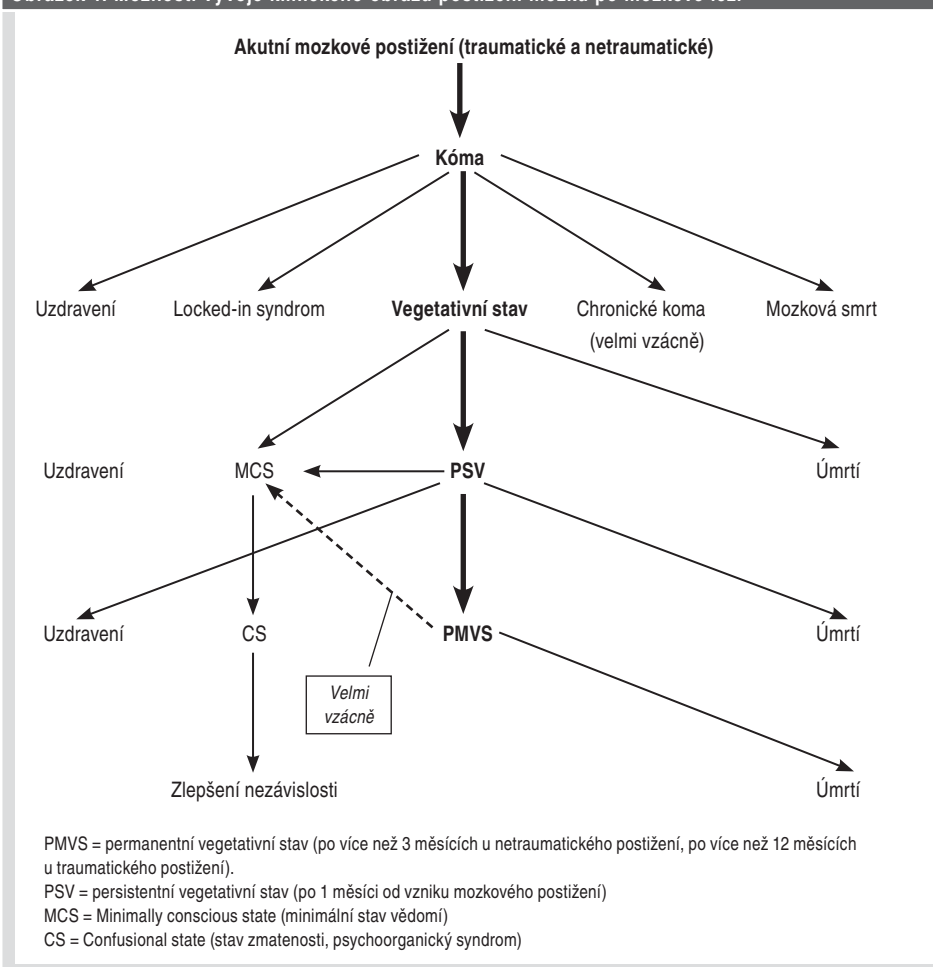
Klasický podrobný popis klinického obrazu podal v roce 1940 Ketschmer, který termín apalický syndrom (AS) také poprvé užil u pacienta s prvotní diagnózou panencephalitis subacuta a ještě v téže roce u pacienta s primární diagnózou mozkové kontuze a zlomeninou lební báze. Již tehdy zdůraznil, že se tento syndrom vyskytuje i na podkladě jiné etiologie a jako hlavní fenomén tohoto syndromu označil coma vigil. Podrobný popis apalického syndromu podal v roce 1967 Gerstenbrand.

Termín apalický syndrom není v anglosaské literatuře považovaný za dostatečně výstižný a je užívaný zejména v zemích střední Evropy (Rakousko, Německo, Česko, Slovensko), anglosaská literatura považuje za vyhovující termín tzv. vegetativní stav (VS), který dostatečně výstižně koreluje se současnými patofyziologickými znalostmi a lze jej akceptovat jako obecně užívaný pojem odpovídající patofyziologické podstatě syndromu, který může také rozlišit ve svém názvosloví pravděpodobnou možnost uzdravení a nebo setrvání ve VS. Byly zavedeny termíny persistentní vegetativní stav

(PVS), a následně termín permanentní vegetativní stav (PMVS) (1). Termín vegetativní stav poprvé užili Jennett a Plum ve své práci z roku 1972, kde citovali Oxford English Dictionary, aby vysvětlili, proč vybrali tento termín: „to vegetate is to live a merely physical life devoid of intellectual activity or social intercourse“ a dále „vegetative describes an organic body capable of growth and development but devoid of sensation and thought“ (5). Ve své práci hovořili o persistentním vegetativním stavu. Tímto termi-

nem dnes označujeme vegetativní stav, který trvá déle než 1 měsíc po akutním traumatickém a nebo netraumatickém poškození mozku. O permanentním vegetativním stavu hovoříme, jestliže VS trvá bez známek reversibility 3 měsíce a déle od vzniku netraumatického poškození mozku (např. globální mozkové hypoxie jako následek kardiovaskulárního selhání) a nebo 12 a více měsíců po vzniku traumatického poškození mozku. Pacienti kteří jsou diagnostikováni jako PSV jsou považováni za ty,

Obrázek 1. Možnosti vývoje klinického obrazu poškození mozku po mozkové lézi



u nichž je možná úprava VS, u pacientů s diagnózou PMVS se uzdravení z VS považuje za velmi nepravděpodobné až nemožné (7, 8). The British Medical Association vydal doporučení týkající se přístupu k terapii VS a bazalizaci terapeutických postupů považuje za možné až po 12 měsících trvání VS, pokud nejsou známky uzdravení a stav je trvale ireversibilní. Ve svém doporučení upozorňuje na možnosti špatné diagnózy VS a nebo lékařem špatně stanovené prognózy pacienta ve VS (4).

Incidence pacientů s VS se každoročně zvětšuje. Je to způsobeno zejména výrazně se zlepšující přednemocniční péčí, akutními nemocniční diagnostickými a léčebnými možnostmi a vysokou úrovní resuscitační a intenzivistické terapie.

2. Kritéria pro diagnózu VS

2.1. Definice VS

VS je klinický stav kompletní poruchy uvědomování si sebe sama a svého okolí doprovázený cyklem spánku-bdění a zachovalou kompletní a nebo parciální autonomní funkcí hypotalamu a mozkového kmene.

2.2. Předpoklady pro stanovení diagnózy VS

Stanovení příčiny vzniku VS je prvotní předpoklad. Jedná se obvykle o kraniotrauma, hypoxicko-anoxické poškození mozku (nejčastěji po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci), cévní mozkovou příhodu, metabolickou příčinu, infekční onemocnění a nebo toxické poškození.

Měly bychom spolehlivě vyloučit působení anestetik, sedativ a blokátorů nervosvalového přenosu, jejichž účinek by mohl ovlivnit diagnózu VS. Rovněž bychom měli vyloučit možné působení kontinuální metabolické poruchy a nebo jiného léčitelného onemocnění, které by mohlo vést k falešně pozitivnímu stanovení diagnózy VS (1, 12).

2.3. Klinická kritéria VS

VS může být diagnostikován na podkladě těchto kritérií (1, 7, 8, 12):

- pacient nevykazuje žádné známky vědomí, uvědomování si sebe sama a svého okolí a nejsou přítomny žádné interakce s okolím
- nepřítomnost záměrné, chtěné, reprodukovatelné behaviorální odpovědi na vizuální, sluchové, taktilní a bolestivé podněty
- není přítomna slovní, jazyková produkce a nejsou známky jejího porozumění
- intermitentní bdělost je přítomna v rámci abnormálního cyklu spánku-bdění
- přetrvávající hypotalamická a kmenová autonomní aktivita, která dovoluje přežití s lékařskou a ošetrovatelskou péčí

Obrázek 2.



- je přítomna kompletní inkontinence
- nacházíme variabilní přítomnost míšních reflexů a reflexů hlavových nervů

Symptomový komplex vegetativního stavu se tedy skládá se zánikových příznaků limbické kůry a podkorových limbických struktur (vigilní kóma, fyziologické poruchy spánku a bdění, ztráta emočních reakcí), deliberačních příznaků na podkladě autonomní funkce mezimozku a mozkového kmene (dekortikační a flekční postavení končetin, otáčivé pohyby hlavy a trupu, orální automatismy, axiální a paraxiální syndrom, vegetativní příznaky), systémových a ložiskových příznaky (příznaky pyramidové, extrapyramidové, poškození hlavových nervů, psychorogické syndromy, sfinkterové poruchy, poruchy citlivosti (3).

2.4. Diagnóza a diferenciální diagnóza

Protože nemáme žádná nepochybná kritéria pro stanovení PVS i PMVS, měli bychom v diagnostice postupovat velmi opatrně a stanovení diagnózy provádět na podkladě opakovaného neurologického vyšetření při splnění všech předpokladů a klinických kritérií pro stanovení diagnózy VS. Zvláště pokud se jedná o diagnózu PMVS, neboť ten považujeme za irreverzibilní stav. V diferenciální diagnóze musíme vždy myslet na prolongované otravy, působení celkových anestetik, sedativ, tzv. minimally conscious state (MCS, minimální stav vědomí), locked-in syndrom, jiné typy komatózních stavů a mozkovou smrt (11) (obrázek 1).

3. Prognóza a přežití

Prognóza pacientů s VS je závislá především na etiologii mozkového poškození a na stupni VS, tedy

zda se jedná jen o VS (do 1 měsíce po příhodě) nebo PVS (od 1 do 3 měsíce od příhody) a nebo PMVS (od třetího měsíce u netraumatického poškození a nebo od 12 měsíce u potraumatického poškození mozku). Lepší prognózu mají pacienti po traumatickém poškození a mladší lidé. Přežití pacientů s diagnózou PMVS je obvykle mezi 2–5 lety od stanovení diagnózy, přežívání nad 10 let je neobvyklé a šance na přežití 15 let od stanovení diagnózy PMVS je vypočítána na 1/15 000 až 1/75 000 (7, 8).

4. Medicínská péče

Péče o pacienta zahrnuje dokonalou sesterskou, ošetrovatelskou péči a rehabilitační péči. Medicínská péče je neurointenzivistická péče, jejíž intenzita a extenzivita je závislá od stupně vegetativního stavu, tedy jedná-li se o VS v prvním měsíci od počátku onemocnění, nebo, jedná-li se o PMS a nebo PMVS. Protože je ošetrovatelská a sesterská péče a výživa zejména u PMV a PMVS prioritní, zmíníme zde jejich základní principy.

4.1. Ošetrovatelská péče

4.1.1 Úvod

Cílem ošetrovatelské péče je zajistit všem prostředky moderního ošetrovatelství, aby tyto pacienti měli uspokojeny základní bio-psycho-sociální potřeby. Naším nemocným dopraváme léčebný, ošetrovatelský i sociální komfort. Velmi důležitým aspektem péče je pokud možno okamžité zapojení rodiny a nácvik ošetrování nemocného již během hospitalizace, čímž se velmi usnadní příprava rodiny na domácí ošetrování.

Specifičnost ošetrovatelských problémů je dána změnami v tělesné, psychické, a sociální oblasti.

U jednoho pacienta se tak mohou vyskytnout ošetrovatelské problémy, které mohou být aktuální, potenční, ale nejčastěji mají charakter permanentní. A vyžadují tedy neustále sesterské intervence.

Základní ošetrovatelskou péči dělíme na: péči o výživu, péči o vyprazdňování, péči o hygienu a pohodlí, péči a prevenci dekubitů, monitorování vitálních funkcí, podávání a aplikace léků, komunikace a stimulace.

4.1.2. Výživa

Nutriční podpora u nemocných je možná dvěma cestami, parenterální a enterální. Cílem ošetrovatelské péče je nekomplikovaný průběh aplikace výživy a léků do centrálního žilního přístupu. Mezi základní aktivity sestry patří zajištění pomůcek při zavádění katétru, asistence při samotném výkonu a ošetrování katétru.

Sestra zodpovídá za dodržování následných opatření: převazy katétru 1x za 24 hodin, infuzní systém se kompletně mění minimálně 1x za 24 hodin. Kontroluje pravidelně místo vpichu a okolí a při zrušení žilního vstupu posílá konec katétru na bakteriologické vyšetření

Výživa by měla být kompletní a poskytovat organismu potřebné živiny ve správném vzájemném poměru. Množství potravy by mělo být přizpůsobené tělesné hmotnosti, věku, fyziologickému stavu a denní činnosti. Enterální výživu tvoří tekuté přípravky, které dělíme do čtyř základních skupin. Do první patří kuchyňsky připravované přípravky (polévky, bujóny). Kuchyňskou stravu podáváme zásadně jen do žaludku. Druhou skupinou je výživa polymerní připravovaná farmaceutickým průmyslem, kterou je možno podávat do žaludku, duodena i jejunu. Je chuťově i čichově korigovaná a může být využívána i k perorálnímu příjmu. Další skupinou je výživa oligomerní, která vyžaduje jen minimální trávení a je prakticky bezzbytková. Poslední skupinou je výživa speciální.

K enterální výživě přistupujeme co nejdříve, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí. Úkolem sestry je příprava pomůcek k podávání výživy, orientace v dietním systému, objednávání stravy, pomoc při stravování, podávání stravy, kontroluje datum expirace podávaného přípravku a zajistí přiměřenou teplotu. Nasogastrická sonda se zavádí v Fowlerově poloze pacienta. O správnosti uložení sondy se sestra vždy přesvědčí pomocí vstříknutí malého množství vzduchu do žaludku. Stravu podáváme pomocí objemové stříkačky velmi pomalu. Rychle podaná strava může vyvolat plynatost, křeče nebo reflex zvracení. Kontinuální podávání zahajujeme dávkou 10 až 20 ml výživy za hodinu a postupně dávkou zvyšujeme až na 100 ml za hodinu. Výživu aplikujeme pomocí sterilních enterálních setů a funkčních enterálních pump. Enterální sety měníme po 48 hodinách. Gastrické sondy je nutné měnit nejlépe po 14 dnech. Jako doplňkový sipping používáme Nutridrink (6).

Obrázek 3.



Gastrostomie je indikována u pacientů, kteří se nemožou živit cestou perorální a předpokládáme, že enterální výživu budeme podávat po dobu delší 6 týdnů. Úkolem sestry je kontrola místa vpichu, sledování průchodnosti sondy, eventuálně prosakování tekutiny kolem stomie. Gastrostomie se musí pravidelně proplachovat 10–20 ml fyziologického roztoku.

Pokud se nevyskytnou komplikace, zahajujeme podávání výživy podle obecně platných schémat. Snažíme se o fyziologickou aplikaci enterální výživy v době mezi 6.–18. hodinou, poté podáváme čaj a dodržujeme noční pauzu. Pacient by měl po aplikaci výživy zůstat alespoň půl hodiny v polosedě, aby nedocházelo k regurgitaci žaludečního obsahu.

4.1.3. Hygiena a vyprazdňování

Potřeba čistoty a hygieny je základní biologickou potřebou. Pro většinu lidí je základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Je ovlivněna kulturními, sociálními a rodinnými faktory. K hygienické péči patří ranní a večerní umývání a česání, úprava nehtů, mytí vlasů, péče o chrup a péče o čisté osobní prádlo.

Mezi základní pomůcky dokonalé ústní hygieny u těchto pacientů patří jednorázové pinzety, sterilní tampóny, případně kartáček na zuby a neméně důležitá je správná technika čištění zubů. Cílem čištění zubů a celé dutiny ústní je odstranění zubního plaku. Koupel včetně mytí vlasů provádíme 1krát denně v přenosné nafukovací vaně. Po omytí jednotlivých částí těla kůži promažeme tělovým mlékem, záda chladivým gelem. Intertrigijní místa mažeme Menalind pastou. Nedílnou součástí celkové hygieny je důkladná péče o oči. Oči vykapáváme 3krát denně Lacrisynem. V indikovaných případech aplikujeme

Ophthlmo-Azulen mast. Snažíme se udržet pokožku čistou, suchou a zachovat její přirozený ochranný plášť. Vhodné jsou přípravky řady Menalind. Sestra zároveň sleduje změny na kůži (bledost, exantém, pocení, snížené napětí kůže apod). Součástí celkové toalety jsou i převazy centrálního žilního přístupu, arteriálního vstupu, př. drénů. Všechny tyto výkony se provádějí za přísně aseptických podmínek. Katetrová sepsa je velmi závažnou, život ohrožující komplikací, proto je důležité správnou ošetrovatelskou péčí tomuto riziku předcházet.

Mezi hlavní znaky obstipace, kterým sestra musí věnovat pozornost patří: snížená frekvence defekace, tvrdá tuhá stolice, bolestivá defekace. Úkolem sestry je získání anamnézy od rodiny v oblasti vylučování. Vysvětlí rodině, jaká jídla a tekutiny jsou pro postiženého člena rodiny vhodná, a domluví se na vhodné formě komunikace. Velmi důležitá je dokumentace frekvence vyprazdňování. Při zlepšení stavu se snažíme dosáhnout maximální nezávislosti pacienta ve vyprazdňování užitím vhodných praktik.

Při zjištění průjmu sledujeme hodnoty iontů a po domluvě s lékařem odebereme vzorek stolice na bakteriologické vyšetření.

Ošetrovatelské zásahy:

- sledování frekvence vyprazdňování a charakter stolice
- zjistit, zda pacient nepožil nějaké jídlo přinesené návštěvou
- podávání vhodné stravy – nedráždivou, málo kořeněnou, lehce stravitelnou
- podávání dostatečného množství vhodných tekutin
- sledujeme stav hydratace
- záznam do dokumentace

K faktorům ovlivňující mikci patří příjem tekutin, příjem potravy s vysokým obsahem vody a sodíku, léky, svalový tonus a aktivita. V případě zavedení permanentního močového katétru využíváme uzavřený sběrný systém z důvodu prevence nozokomiálních nákaz. Mechanické zavlečení bakterií do močových cest při zavádění katétru vyvolá bakteriurii v 1–20% případů v závislosti na věku a zdraví jedince. Především při nesprávné manipulaci a ošetrovatelské péči. Rizikové faktory vzniku infekcí močových cest při zavedeném permanentním katétru můžeme dělit na neovlivnitelné a potencionálně ovlivnitelné (délka zavedení, kvalita péče o katétr, možnost kontaminace). Nejčastěji se používá Foleyův balónkový katétr dvojcestný, který se po zavedení naplní sterilním fyziologickým roztokem.

Úkolem sestry je:

- udržovat množství přijatých tekutin na přibližně 2000–3000 ml/24h
- denně sledovat a zaznamenávat u pacienta příjem a výdej tekutin
- sledovat a zaznamenávat příznaky celkové infekce
- za aseptických podmínek pravidelně vyprazdňovat moč se sběrného vaku
- sledovat funkčnost sběrného systému
- sledovat podávání léků, které by mohly ovlivnit vylučování moče
- vyšetřit moč na kultivaci a citlivost podle ordinace lékaře

4.1.4. Dekubity

Dekubity znamenají vždy velmi závažnou komplikaci celkového těžkého stavu pacienta. Jejich ošetřování a léčení je nesnadné a zdlouhavé. Je proto snazší věnovat pozornost prevenci.

Dekubity rozdělujeme do čtyř základních skupin (10):

1. stupeň – lehce začervenalá kůže, která nebledne i pod stlačením prstem, kůže není poškozena
2. stupeň – porušená kůže, postihuje pokožku nebo kožní vrstvu, dekubit je povrchový
3. stupeň – ztrácí se celá tloušťka kůže, způsobující poškození nebo odumření podkožní tkáně
4. stupeň – úplná ztráta celé vrstvy kůže, s rozsáhlým poškozením a nekrotickou tkáně

Užitečným nástrojem k vyhodnocení rizikových skupin nemocných podle míry rizika vzniku dekubitů je stupnice podle Nortonové.

Základním a nejučinnějším prostředkem proti vzniku dekubitů je polohování. Jde o systematické, časové změny polohy pacienta. Pravidelnými změnami polohy nemocného se blokuje nadměrné působení tlaku na tlakové body. Intervalů mezi změnami polohy nemocného nejsou neměnné. Řídí se podle okamžitého stavu nemocného, takže mohou kolísat od ~ do 4 h. Částečné usnadnění práce, ale nikoli odstranění fyzické námahy,

znamenají různé typy matrací a lůžek. Dalším požadavkem je dokonale upravené a suché lůžko. Neodmyslitelnou součástí a výbornými pomocníky jsou pomůcky, které jsou různě tvarované a chrání tlakové body (molitanové podložky, polštáře, papuče z ovčího rouna, antidekubitní matrace). Důležitou úlohu v prevenci dekubitů hraje také hygiena. Jde především o omezení nepříznivého vlivu moči, stolice, potu. V běžném denním režimu to vyžaduje častou výměnu osobního i ložního prádla a plen, koupele, sprchování. Neprodyšné podložky, pleny jsou nepřipustné, protože takto kryté oblasti se zapařují a macerují, čímž se velice narušuje integrita kůže a dekubity se pak mohou vyvíjet neobyčejně prudce. Nedílnou součástí je rehabilitace. Ta se snaží podporovat návrat hybnosti a obnovit soběstačnost. Obecně platí, že je s ní nutné začít co nejdříve. Způsob a intenzita rehabilitace se však musí individualizovat.

Polohy těla, které můžeme při polohování využít jsou: supinační poloha, pronační poloha, pravá a levá laterální poloha. Prevence dekubitů je důležitá, je lepší než jejich léčba a je důležité, aby již nedocházelo k jejich tvorbě zanedbáním ošetrovatelské péče (obrázek 2, 3).

Léčba dekubitů je závislá na správném ošetrovatelském přístupu a je z větší části v kompetenci sestry. Cílem ošetrovatelské péče je, aby nemocný měl vždy čistou, neporušenou kůži. Činnost sestry vychází ze strategie prevence a léčby proleženin realizované v individuálním plánu.

Jednotlivé fáze ošetřování ran: 1. fáze – čištění rány. Cílem ošetřování je vyčistit spodinu infikované rány s povlaky a nekrotizací (TenderWet je určen k ošetřování infikovaných chronických ran, silně až mírně secernujících). 2. fáze – tvorba granulace. Cílem ošetřování je výstavba granulační tkáně (Hydrocoll je samolepicí, savý obvaz z hydrokoloidů s polopropustnou vrstvou, která je nepropustná pro choroboplodné zárodky). 3. fáze epitelizace. Cílem ošetřování je udržení vyváženého vlhkého prostředí a ochrana nové tkáně před mechanickými vlivy (Hydrosorb je gel, který ránu hydratuje a zabraňuje vysychání).

Úkolem sestry je:

- stanovení rizika vzniku dekubitů
- průběžně hodnotí celkový stav pacienta
- vypracovává plán prevence vzniku dekubitů
- riziková místa kontroluje při každé změně polohy
- udržuje kůži čistou
- spolupracuje s rodinou (obohacení stravy o bílkovinné preparáty)
- pečuje o hydrataci

4.1.5. Dýchací cesty

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty zahrnuje zvlhčování a odsávání dýchacích cest, inhalační terapii, ošetřování tracheostomie. Dýcháním přes tracheostomickou kanylu jsou vyřazeny přirozené funkce horních cest dýchacích. Při nedostatečné či nevhodné ošetrovatel-

ské péči může dojít k zasychání sekretu, k tvorbě krust a k možné infekci dolních cest dýchacích.

Pacient s tracheostomií provádí pohybovou aktivitu, která odpovídá jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Vždy dbáme na správnou polohu hlavy a trupu, aby byla zachována průchodnost dýchacích cest.

Odsávání z dolních cest dýchacích provádíme sterilními odsávacími cévkami přiměřeného průsvitu. Šetrnou technikou odsávání sekretu z dýchacích cest snižujeme jejich traumatizaci a předcházíme vzniku infekce. Odsáváme jen tehdy, je-li to nezbytně nutné. Tento způsob odsávání sekretu z dýchacích cest je otevřený. Vhodnější a méně ohrožujícím způsobem jak pro pacienta, tak okolí je uzavřený odsávací způsob. Tvoří ho sterilní odsávací cévka uložená ve sterilním polyuretanovém rukávci zakončená přerušovačem sání.

Inhalace se provádí zvlhčovači, nebulizátory. Směs se mění na páru, která je předehřívána. Inhalační soupravy obsahují baňku k inhalaci se spojovacím setem a T spojkou. Lze je využít pro tracheostomované pacienty uměle ventilované i pro spontánně ventilující.

Úkoly sestry:

- pravidelná kontrola okolí tracheostomie a sledování známek zánětu
- ošetřování okolí tracheostomie
- podle potřeby měnění fixační pásky
- sledování zahuštěnosti těsnící manžety

4.1.6. Komunikace

Rozhovor je prastarou a účinnou metodou získávání a výměny informací i vzájemného ovlivňování dvou nebo více osob. Jádrem a základem každého rozhovoru je dotazování, reakce na dotazy a naslouchání. Rozhovor staví přirozeně na verbálních prostředcích, důležitou součástí jsou však také projevy neverbální (2).

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným. V profesi sestry by měla převažovat komunikace vědomá a záměrná, jejíž hlavním cílem by mělo být navázání nosného vztahu mezi ní a pacientem. Jeden ze základních sociálních předpokladů je dovednost navázat kontakt s druhým člověkem. Náročnost této dovednosti sestra pochopí až v situaci, když musí komunikovat s pacientem tracheostomovaným nebo zmateným.

Komunikace mezi sestrou a pacientem ve vegetativním stavu je vždy obtížná a někdy se zdá prakticky nemožná. Především je nutno si uvědomit, že nemocný může vnímat i slyšet, a proto nezapomínáme kontrolovat své chování. Rozhovor o nemocném a míře jeho postižení nikdy nevedeme u lůžka, ale mimo pokoj nemocných. Při péči o nemocného mluvíme vlídně, klidně a stále pečlivě sledujeme reakce na naše slova. Otázky klademe tak, aby byly jednoznačné a odpověď očekáváme buď souhlasnou nebo nesouhlasnou. Souhlas může být vyjádřen přikývnutím, mrknutím víček, zvednutím ruky. Vše dle stavu a možnosti nemocného. Dle potřeby můžeme

pro nemocného připravit alternativní řešení komunikace (tabulky, karty s obrázky).

Faktory, které přispívají ke zlepšení komunikace mezi sestrou a nemocným – nehlukné prostředí, přiměřená hlasová intenzita, odložení konverzace jestliže je pacient unavený, naslouchání. Nezapomínáme do péče v oblasti komunikace zapojit rodinu a další zdravotnické pracovníky (fyzioterapeut, logoped, psycholog). Rodina je nejen zdrojem informací, ale i důležitým článkem, který se spolupodílí na péči. Jisté je, že každá rodina reaguje naprosto jedinečným způsobem, který je třeba respektovat. To, jak se rodina dokáže se situací vyrovnat, záleží na mnohých faktorech. Na typu a rozsahu postižení, na hodnotové hierarchii rodiny, na její přizpůsobivosti a odolnosti. Práce odborníků s rodinou má být koordinována. Informace od různých zdravotníků by měly dávat dohromady srozumitelný, nikoli rozporuplný či nejasný obraz. Důležité je při rozhovorech s rodinou užívat věcný

a srozumitelný jazyk, důležité věci opakovat. Často se setkáváme se smutkem, ale není to jediná emoce, kterou postižená rodina projevuje. Kromě vzteku a smutku je to také nejistota, ztráta očekávání a ztráta naděje (9).

4.1.7. Edukace

Před propuštěním pacienta do domácího prostředí je nutné stanovit plán další péče a rehabilitace. Před ukončením hospitalizace by měli lékař a sestra poučit rodinu o prognóze a nevhodnějším způsobu života. Podat dostatek informací týkajících se zajištění ošetrovatelské péče. Informace by měly zahrnovat úpravu v domácnosti, stravování, problémy s vyprazdňováním, rozvoj soběstačnosti a pohyblivosti. Někdy je třeba naučit nemocného i někoho z jeho blízkých zcela konkrétnímu výkonu (péče o permanentní katétr, nasogastrickou sondu apod.). V neposlední řadě je také nutné informovat rodinu o doplňkových sociálních službách, a mimo jiné

také o možnosti umístění v rehabilitačních ústavech a domovech sociální péče.

4.2. Lékařská péče

Lékařská péče v průběhu VS a PVS je dána základním onemocněním a snahou dosáhnout všemi dostupnými medicínskými prostředky přechod do PMVS, a s podpory sesterské, ošetrovatelské a rehabilitační péče. PMVS pak přináší mnoho dilemat do jaké míry léky, léčebné prostředky a postupy jsou medicínsky přínosné, eticky správné a v souladu s právní normou. Jedná se zejména o podávání antibiotik, krevních náhrad, provádění hemodialýzy a podobně.

MUDr. David Doležil, Ph.D.

Neurologická klinika FN Ostrava

Tř. 17. Listopadu 1790, 708 52 Ostrava

e-mail: david.dolezil@fnospo.cz

Literatura

1. ANA Committee on Ethical Affairs 1993. Persistent vegetative state: Report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs. *Ann Neurol* 1993; 33: 386–390.
2. Čechová V, Neklanová A a kol. Speciální komunikace. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2000: 104 s.
3. Drábek P. Neurologická symptomatika a vyšetřování komatozních stavů. *Čes Slov Neurol Neurochir* 1994; 57 (Suppl 90): 26–27.
4. Jennett B. The vegetative state. Medical facts, ethical and legal dilemmas. Cambridge: Cambridge University Press 2002. 242 s.
5. Jennett B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name. *Lancet* 1972; 1: 734–737.
6. Linhartová M, Šandová I. Enterální výživa u resuscitačních pacientů. *Sestra* 2005; 7–8: 44–45.

7. Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspect of the persistent vegetative state (first of two parts). *N Engl J Med* 1994; 330:1499–1508.
8. Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspect of the persistent vegetative state (second of two parts). *N Engl J Med* 1994; 330: 1572–1579.
9. Peltová N. Umění komunikace. Praha: Advent-Orion Praha 2001. 72 s.
10. Soběslavová A. Ošetrovatelská péče a zkušenosti s vlhkou terapií. *Sestra* 2005; 9: 44–48.
11. Wade TD, Johnston C. The permanent vegetative state: practical guidance on diagnosis and management. *BMJ* 1999; 319: 841–844.
12. Zeman A. Persistent vegetative state. *Lancet* 1997; 350: 795–799.

1. INFORMACE

1. neurologická klinika LF MU, FN u sv. Anny v Brně ve spolupráci s Českou společností klinické neurofyziologie, Slovenskou společností klinické neurofyziologie a Českou společností biomedicínského inženýrství a lékařské informatiky pořádá

54. SPOLEČNÝ SJEZD ČESKÉ A SLOVENSKÉ SPOLEČNOSTI KLINICKÉ NEUROFYZIOLOGIE

Datum konání: 25.–26. 10. 2007 Místo konání: Hotel Avanti, Střední 61, Brno

Přihlášky přes online registrační formulář na webové stránce www.mchmi.com/knf2007.

Abstrakta pouze v elektronické formě a v obvyklém formátu se strukturou (úvod, metodika, výsledky, shrnutí) přes www.mchmi.com/knf2007. V případě chybějící možnosti odeslání přes internet prosím kontaktujte sekretariát sjezdu (pí Břenková, tel. 543 182 658).

Deadline pro odeslání abstrakt: 30. 6. 2007

(Veškeré přednášky připravit ve formátu Power Point, na CD či USB FlashDisku).

Účastnický poplatek:

- Pro členy společností 800 Kč
 - Pro ostatní 1 000 Kč
 - Pro středoškoláky 300 Kč
- Do 30. 8., po termínu + 200 Kč, pro slovenské účastníky platba na místě.

UBYTOVÁNÍ: Hotel Avanti, Střední 61, Brno

Platba poštovní poukázkou nebo bankovním převodem na účet:

TA-SERVICE s. r. o., Hlinky 48, 603 00 Brno, IČ: 276 68 436, DIČ: CZ 276 68 436

Adresa banky: Volksbank a. s., Pánská 1, 602 00 Brno

Bankovní spojení: č. ú. 4200067291/6800, SS: 7033, VS: registrační číslo/RČ

ze zahraničí: BIC: VBOECZ2, IBAN: CZ78 6800 0000 0042 0006 7291

Aktuální informace o sjezdu: www.mchmi.com/knf2007.

doc. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D.
předseda sjezdu

doc. MUDr. Martin Bareš, Ph.D.
vědecký sekretář sjezdu