

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE
SARKOIDÓZOU**

BOHUSLAVA SLÁDKOVÁ

Praha 2009

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA SE SARKOIDÓZOU

Bakalářská práce

BOHUSLAVA SLÁDKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O. P. S. V PRAZE

Vedoucí práce: as. MUDr. Alena Slováková

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

ABSTRAKT

SLÁDKOVÁ, Bohuslava: Ošetrovatelská péče o pacienta se sarkoidózou. Praha, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Bakalář všeobecná sestra. Školitel: as. MUDr. Alena Slováková, 1. LFUK Praha

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta se sarkoidózou. Teoretická část práce zahrnuje charakteristiku onemocnění, přehled o možnosti postižení jednotlivých orgánů v těle, diagnostiku, lékařskou terapii, prognózu onemocnění.

Nosnou částí práce je ošetrovatelský proces u pacientky se sarkoidózou, který zahrnuje bio – psycho - sociální potřeby nemocné. Stanovení ošetrovatelských diagnóz, včetně ošetrovatelských cílů, intervencí, realizací a hodnocení ošetrovatelského procesu. Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu. Cílem edukace u pacientů se sarkoidózou plic je poskytnout dostatek informací o onemocnění jako takovém, dietním omezení, vyšetřovacích metodách.

Klíčová slova: sarkoidóza, plíce, autoimunní onemocnění, diagnostika, terapie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelská péče, ošetrovatelské diagnózy, ošetrovatelské cíle, kritéria, hodnocení, edukace, edukační proces, prognóza.

ABSTRAKT

SLADKOVÁ, Bohuslava: Treatment care of the patient suffering from sarkoidosis. Prague, 2009. Bachelor thesis. Health High school in Prague. Bachelor in Treatment care. Head of the thesis: as. MUDr. Alena Slováková, 1 st Medical Faculty of Charles University, Prague, Czech Republic

A general subject of my bachelor's Thesis is Treatment care of a patient with sarcoidosis. The theoretical part of the thesis includes characteristics of the disease, review about possibilities of impact on each organ in a body, diagnosis, medical therapy, prognosis of the disease.

The main part of my thesis is a description of a treatment process of a patient with lungs sarcoidosis, which includes biological, psychological and social needs of this patient, determination of nursery diagnosis including treatment aims, interventions, realisation and evaluation of the treatment process.

Educative process is a part of treatment process. The aim of the education is to provide enough information to the patient with lungs sarcoidosis – about the disease, dietary restrictions and examinational methods.

Key words: sarcoidosis, lungs, autoimmune disease, diagnostic, therapy, treatment process, treatment diagnosis, treatment aims, criterion, evaluation, education, educative process, prognosis.

PŘEDMLUVA

Dnešní generace klade na zdraví velký důraz. Více se zajímá o zdravou výživu, zdravý způsob života a vše, co s tím souvisí. Každý člověk, kterému v dnešní době opravdu záleží na svém zdraví, má možnost nejen zvolit svého ošetřujícího lékaře a zdravotnické zařízení, ve kterém se může léčit, ale rovněž má možnost vyhledat informace o onemocnění v knižních publikacích nebo na internetu, což je velkým přínosem. Spolupráce s takovým člověkem probíhá pak na vysoké úrovni a přináší pozitivní výsledky jak pro nemocného, tak pro lékaře, ošetřující personál a v nemalé řadě i pro celou společnost.

Výběr tématu byl ovlivněn neznalostí zvoleného onemocnění a také prostředím kliniky, které je mým současným pracovištěm. Podklady pro práci jsem čerpala jednak z lékařské odborné literatury, lékařské a ošetrovatelské dokumentace, z rozhovoru s ošetřujícím personálem, ale především z rozhovoru s pacientkou a z vlastního pozorování.

Práce je určena studentům zdravotnických škol, ale informace může poskytnout všem ostatním středním a vysokoškolsky vzdělaným zdravotnickým pracovníkům, kteří se s tímto onemocněním setkají a bude pro ně neznámé tak, jako bylo pro mě.

Touto cestou bych ráda poděkovala as. MUDr. Aleně Slovákové za vedení odborné části bakalářské práce a poskytnutí cenných rad při jejím zpracování. Moje poděkování také patří Mgr. Andree Pohlové za pomoc a vedení ošetrovatelské části. Děkuji také všem svým spolupracovníkům na I. plicní klinice VFN v Praze, kteří mi předali svoje dlouholeté zkušenosti v ošetřování pacientů s plicní sarkoidózou. V neposlední řadě patří velký dík i mému manželovi a dceři za trpělivost a vytvoření podmínek k náročnému studiu a pomoci při psaní bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 Klinická charakteristika onemocnění - sarkoidóza	10
1. 1 Definice, charakteristika	10
1. 2 Etiologie a patofyziologie.....	10
1. 3 Klinický obraz.....	12
1. 4 Průběh, formy, komplikace, prognóza.....	13
1. 5 Diagnostika	15
1. 6 Terapie plicní sarkoidózy.....	16
1. 6. 1 Farmakoterapie u plicní sarkoidózy	17
1. 6. 2 Terapie mimoplicní sarkoidózy.....	18
1. 6. 3 Dietoterapie.....	18
1. 6. 4 Pohybový režim.....	18
1. 6. 5 Psychoterapie	18
1. 6. 6 Posuzování pracovní schopnosti	19
1. 7 Prognóza (funkční důsledky).....	19
2 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním – plicní sarkoidóza.....	21
2. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného	21
2. 2 Sledování nemocných.....	21
2. 3 Nejčastější ošetrovatelské problémy	21
3 Posouzení stavu pacienta	22
3. 1 Identifikační údaje.....	22
3. 2 Výťah z lékařské dokumentace.....	23
3. 2. 1 Lékařská anamnéza	23
3. 2. 2 Plán vyšetření	25
3. 2. 3 Výsledky provedených vyšetření	26
3. 2. 4 Závěr přijetí.....	26
3. 3 Terapie	27
3. 3. 1 Chirurgická léčba - není.....	27
3. 3. 2 Konzervativní léčba.....	27
3. 4 Fyzikální vyšetření sestrou	28
3. 5 Posouzení stavu potřeb pacientky podle M. Gordonové dle NANDA II	29
3. 5. 1 Podpora zdraví	29
3. 5. 2 Výživa.....	29
3. 5. 3 Vylučování a výměna	30
3. 5. 4 Aktivita - odpočinek	30
3. 5. 5 Vnímání - poznávání	31
3. 5. 6 Vnímání - sebe sama.....	31
3. 5. 7 Vztahy.....	31
3. 5. 8 Sexualita.....	32
3. 5. 9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	32
3. 5. 10 Životní princip.....	32
3. 5. 11 Bezpečnost – ochrana	33

3. 5. 12 Komfort.....	33
3. 5. 13 Růst a vývoj.....	33
3. 6 Situační analýza.....	34
4 Ošetrovatelská péče.....	35
4. 1 Seznam ošetrovatelských diagnóz.....	35
4. 1. 1 Strach (00148).....	35
4. 1. 2 Únava (00093).....	35
4. 1. 3 Porušená kožní integrita (00046)	35
4. 1. 4 Nadměrná výživa (00001).....	35
4. 1. 5 Riziko infekce (00004)	35
4. 2 Plán ošetrovatelské péče.....	35
4. 2. 1 Strach (00148).....	35
4. 2. 2 Únava (00093).....	37
4. 2. 3 Porušená kožní integrita (00046)	38
4. 2. 4 Nadměrná výživa (00001).....	39
4. 2. 6 Riziko infekce (00004)	40
5 Edukace pacienta.....	41
5. 1 Edukační list.....	41
5. 2 Edukační záznam - realizace.....	41
5. 2. 1 Edukace vstupní	41
5. 2. 2 Edukace v oblasti potřeby nepřerušovaného spánku a správného usínání	42
5. 2. 3 Edukace zaměřená na přípravu před a péči po bronchoskopii.....	42
5. 2. 4. Edukace v oblasti dodržování bezkalciové diety a správného sběru moče na kalcium za 24 hodin	42
5. 2. 5 Edukace v oblasti vhodného výběru potravin a sestavení jídelníčku vedoucí k redukci váhy	43
5. 2. 6 Edukace v oblasti péče o pokožku rukou vedoucí ke zmírnění porušené integrity kůže	43
5. 3 Edukační plán.....	43
5. 3. 1. Cíl edukačního plánu	43
5. 3. 2 Význam.....	44
5. 3. 3 Technika.....	44
5. 3. 4 Kontrolní otázky pro sestru.....	45
5. 3. 5 Postup při zaškolení pacienta	46
5. 3. 6 Kontrolní otázky pro pacientku.....	47
6 Zhodnocení ošetrovatelské péče	49
7 Prognóza	50
8 Závěr.....	51
9 Seznam informačních zdrojů	53
10 Seznam použitých zkratk	54
11 Přílohy.....	55
11. 1 Seznam obrázků a tabulek	55

„Být sestrou je vyznamenání a poslání.“

Marta Staňková

ÚVOD

Pro napsání ročníkové práce jsem si jako téma vybrala péči o pacienta s plicní sarkoidózou. Hlavním důvodem byla moje osobní neznalost tohoto onemocnění. Ve své třicetileté zdravotnické praxi si nevzpomínám, že jsem se s touto diagnózou setkala. Na plicní klinice pracuji pátým rokem a mám tak možnost se s pacienty s diagnózou plicní sarkoidózy setkávat denně a opakovaně i několikrát ročně při jejich pravidelných kontrolách.

Dalším důvodem je skutečnost, že I. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí VFN v Praze je zároveň Centrem léčby pro intersticiální plicní procesy v České republice. Kde jinde tedy hledat informace, než u odborníků, kteří se problematikou plicní sarkoidózy dlouhá léta zabývají, publikují svoje poznatky v odborných knihách a časopisech, včetně předávání svých zkušeností při výuce studentů medicíny, odborných seminářích pro lékaře, sestry, ale i studentky zdravotnické školy.

Při psaní své práce jsem vycházela jednak z rozhovoru s pacientkou, z její lékařské dokumentace, z dostupné odborné literatury, z výsledků laboratorních a vyšetřovacích metod, z osobní konzultace s ošetřujícím lékařem a ošetřujícím personálem. Pacientka s uveřejněním svých soukromých informací a informací o svém zdravotním stavu souhlasila.

Cílem práce by měl být přehled o charakteru onemocnění, jeho výskytu, léčbě, komplikacích, včetně prognózy. Především však přehled o zdravotním stavu pacientky s plicní formou sarkoidózy v době mého pozorování. Přesto, že se onemocnění zpočátku neprojevuje výraznými obtížemi, je důležité je nepodcenit, neboť včasná a správná diagnostika tohoto onemocnění a s tím spojená i následná terapie, značně ovlivní zdravotní stav jedince v budoucnosti, má vliv na kvalitu jeho života. Nedílnou a při tom velice důležitou součástí vlastní léčby každého onemocnění je holistický pohled na člověka. Respektování všech složek může do značné míry ovlivnit nejen průběh vlastního onemocnění, ale samotný vztah pacienta ke zdravotníkům a zdravotnickým

zařízením. Budu tedy velice ráda, když moje práce osloví i další zdravotní sestry, kterým stejně, jako mně, vyslovená diagnóza „sarkoidóza“ nebo v medicínské slangu „sarkoška“ nebude nahánět, podobně jako mně i pacientům hrůzu a zjistí, že jde sice o nemoc, ale při včasné diagnostice, správné léčbě a spolupráci pacienta s lékařem je prognóza příznivá a s onemocněním se nechá docela dobře a kvalitně žít.

1 Klinická charakteristika onemocnění - sarkoidóza

1. 1 Definice, charakteristika

Sarkoidóza je systémové granulomatózní onemocnění charakterizované akumulací aktivovaných T lymfocytů a mikrořágů v postižených orgánech. Tvorba granulomů je příčinou alterace normálních anatomických struktur a orgánové dysfunkce.

Sarkoidóza nepatří mezi nejzávažnější současné zdravotní problémy. Skutečností však zůstává, že včas nerozpoznaná nebo neadekvátně léčená sarkoidóza může až u 1/3 nemocných přejít do chronického stádia a vést k závažným poruchám zdraví i předčasné smrti. Plicní sarkoidóza postihuje především hilové lymfatické uzliny a plíce, a to i při postižení jiných extratorakálních orgánů (Votava, 1999, str.25).

Sarkoidóza je typicky interdisciplinární problém. S pacienty se setkávají pneumologové, imunologové, internisté, neurologové, dermatologové, revmatologové, jiní odborní i praktičtí lékaři. Klinickým lékařům přináší sarkoidóza i v dnešní době řadu problémů při diferenciální diagnostice. Jsou způsobeny neobvyklou pestrostí klinických projevů, které mohou postihnout prakticky každý orgán a připomínají řadu jiných nemocí. Výskyt sarkoidózy je celosvětový. Poznávání sarkoidózy trvá již řadu let. Přibyly nové informace, ale stále existují záhady, které čekají na svá vysvětlení. Od roku 1953 se pravidelně konaly mezinárodní konference o sarkoidóze. V roce 1987 byla založena Světová asociace sarkoidózy a jiných granulomatózních nemocí (World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders – WACOG), do jejíž činnosti se již od začátku zapojili čeští lékaři, především doc. MUDr. L. Levinský, který organizoval mezinárodní konferenci o sarkoidóze již v roce 1969 v Praze. Zatím jedinou českou monografií o této tématice napsal doc. MUDr. V. Votava, CSc. v roce 1985 (Kolek, 1998, str.15).

1. 2 Etiologie a patofyziologie

Etiologie onemocnění zůstává zatím nevyřešena. Jednotlivá pozorování nedovolují definovat specifického původce onemocnění. Do současnosti nebyl nalezen původce onemocnění, nebyla dosud jednoznačně vyjasněna otázka, zda je prvotní příčinou dosud nezjištěné přenosné agens nebo zda jde o jednu z obecných reakcí disponovaného

makroorganismu na různé i neživé vyvolávající činitele. Připouštějí se vlivy genetické, na druhé straně není zřetelná závislost na způsobu práce, sociálním postavení nebo místě bydliště (Votava, 1999, str.26).

Bylo zjištěno, že pro vznik a projevy sarkoidózy může existovat etnická predispozice. Sarkoidóza je častější ve vyspělých zemích s nízkou incidencí tuberkulózy a lepry, zatímco v Africe, Jižní Americe a Asii je vzácná. Existují také nápadné rozdíly ve výskytu u různých emigrantských etnických skupin. Extrémně vysoký výskyt nemoci je popisován u Irek žijících v Londýně nebo u portorické menšiny v New Yorku. Nápadné jsou rasové odlišnosti ve výskytu, ale i závažnosti projevů mezi bílou a černou populací v USA. Rozdílné projevy nemoci jsou například v Japonsku, kde je nízký výskyt nodózního erytému a naopak častá sarkoidóza myokardu. Uvedené rozdíly v epidemiologických ukazatelích mohou být ovlivněny nejen predispozicí, ale i úrovní diagnostiky a také možnými zevními vlivy, například klimatickými podmínkami.

Konkrétnější představou o vnímavosti k nemoci je její dědičnost. Poměrně časté popisy familiární sarkoidózy s identickým průběhem u rodinných příslušníků vedly mnoho autorů k uskutečnění genetických studií a hledání souvislostí s různými genetickými systémy.

Jako predispoziční faktor byla některými předními autory hodnocena i snížená aktivita T-buněk v periferní krvi, kterou někteří označovali jako imunodeficitní stav. Klinické projevy imunodeficitu však u sarkoidózy chybí. U pokročilých forem nemoci se sice mohou vyskytovat mykotické, virové i mykobakteriální infekce, které však souvisí spíše imunosupresivní léčbou a morfologickými změnami v plicích.

Další oblastí v pátrání po příčině sarkoidózy je hledání agens antigenní povahy (jednoho nebo více antigenů) schopného vyvolat buněčně podmíněnou imunitní reakci vedoucí ke vzniku aktivní lymfocytární alveolity a tvorbě granulomu.

Za agens schopné vyvolat sarkoidózu byly dříve považovány substance jako borovicový pyl, berylium, zirkonium, talek nebo hrnčířská hlína. Mechanismus této reakce byl vysvětlován hypersenzitivitou vůči těmto materiálům. Průkaz klasické hypersenzitivity dosud chybí.

Není vyloučeno, že vyvolávající antigeny u sarkoidózy mohou mít endogenní povahu a že jde tudíž o projev autoimunity. Za autoimunní projev u sarkoidózy může být považován nodózní erytém, iritida, sicca syndrom a nález cirkulujících imunokomplexů. Specifická autoprotlátka zatím identifikována nebyla, potencionálně se uvažuje o některém proteinu teplotního šoku.

Mnoho prací se zabývá možností vyvolávajícího infekční agens. Nejvíce autorů se vrací k myšlence tuberkulózy. Všechny serologické testy mají však nevýhodu nedostatečné specifiky. Protilátky proti humánním i atypickým mykobakteriím se vyskytují i u zdravých jedinců. Proto se v současné době pokračuje ve studiích pomocí citlivějších PCR (polymerázová řetězová reakce) metod zaměřených na detekci mykobakteriální DNA eventuelně RNA v tkáních nebo v bronchoalveolární tekutině. Výsledky jsou však velmi rozporné (Kolek, 1998, str.24-28).

V České republice dosahuje incidence sarkoidózy kolem 3,1/100 000 obyvatel, prevalence všech forem 63,1/100 000 obyvatel a letalita 2 - 4%. Je známá predispozice ženského pohlaví v poměru k mužům 2:1, maximum nemocných je ve věku 20 - 40 let (Slováková, 2005, str.4).

Dominujícím nálezem u sarkoidózy je přítomnost epiteloidních granulomů v různých orgánech. Podkladem jejich vzniku jsou specifické mechanismy zprostředkované buňkami. Granulomy se proto zařazují mezi tzv. imunitní granulomy. Granulom je tvořen kolekcí buněk. V centru jsou buňky epiteloidní lemované lymfocyty a mikrořágy, ojediněle se vyskytují buňky mnohojaderné, na periferii fibroblasty (Votava, 1999, str.27).

1. 3 Klinický obraz

Sarkoidóza jako systémové onemocnění postihuje řadu orgánů, ale jen jeden nebo některé z nich dominují v klinickém obraze. Intratorakální sarkoidózu můžeme podle klinického průběhu třídit na formy asymptomatické a klinicky manifestní. Klinicky němé formy intratorakální sarkoidózy se stávají doménou pneumologů nebo rentgenologů. V tomto případě je rentgenový obraz rozhodující pro stanovení diagnózy a doporučená vyšetření pak tuto diagnózu jen potvrzují nebo vylučují (Votava, 1999, str.27).

Z plicních projevů bývá přítomen kašel, který je spíše suchý, dráždivý, stejně jako u ostatních intersticiálních a granulomatozních plicních procesů. Dušnost, která bývá někdy přítomná, je spíše námahová a často nekoreluje s objektivním vyšetřením funkce plic. Napínáním pouzdra lymfatických uzlin v mediastinu může být vzácně způsobena retrosternální bolest. Iniciální formou intratorakální akutní sarkoidózy je Löfgrenův syndrom, tj. kombinace bilaterální hilové lymfadenopatie na skiagramu hrudníku, negativního tuberkulínového testu a výsevu nodózního erytému. Tyto projevy jsou pro

sarkoidózu typické, bývají přechodné a lze očekávat spontánní remisi onemocnění (Slováková, 2005, str.4).

1. 4 Průběh, formy, komplikace, prognóza

Klinicky manifestní sarkoidóza proniká podle dominantních znaků do různých oblastí medicíny a pneumolog se s ní může setkat jako konziliář na oddělení interním, očním, neurologickém, revmatologickém, kožním, a jiném. Zde vedle rentgenového obrazu přistupují i jiné projevy nemoci, podle kterých lze rozeznávat několik forem klinicky manifestní sarkoidózy:

1. Formy s akutním průběhem, které jsou provázeny příznaky infekčního onemocnění: horečkou, faryngitidou až angínou, artralgiemi, periartrikulárními a to nejčastěji perimaleolárními otoky. Artralgie jsou iniciálním symptomem sarkoidózy a mohou dokonce předcházet ostatním orgánovým manifestacím.
2. Formy, u nichž dominuje postižení dýchacího ústrojí, tj. kašel, dušnost, bolesti na hrudi.
3. Formy bilaterální hilové lymfadenopatie s akutním průběhem provázené výsevem nodózního erytému a označované při většinou negativní tuberkulínové reakci jako Löfgrenův syndrom. Nodózní erytém je nejčastěji lokalizován symetricky na bérkách a kolem kotníků ve formě zarudlých, vyvýšených ploch, citlivých na pohmat. Nodózity mizí do tří týdnů, přičemž prodělávají změny barvy až k obrazu podobného modřinám.
4. Formy s extratorakálními projevy sarkoidózy. Možnou lokalizaci sarkoidních lézí ukazuje schéma (obr. 1), (Votava, 1999, str. 28-29).

Intratorakální sarkoidózu lze podle rentgenového obrazu dělit do 4 stádií:

I. stádium: polycyklické, většinou oboustranné zvětšení hilových lymfatických uzlin až do velikosti 3 cm se na skiagramu hrudníku projeví jako bilaterální hilová lymfadenopatie. Zvětšené jsou všechny nitrohruční uzliny, ale typicky dominují hilové uzliny. Uzliny mohou zůstat v původní velikosti, při chronickém průběhu může dojít v uzlinách ke kalcifikaci (obrázek č.3).

II. stádium: kromě hilové lymfadenopatie jsou i oboustranně změny v plicích polích. Nejčastěji je přítomna symetrická retikulonodulární kresba v parahilózních oblastech. Charakteristický je fenomén tzv. útěku do plic,

kdy na skiagramu hrudníku dochází k symetrickému zmenšování původně zvětšených uzlin, s postupným přibýváním změn v plicních polích.

Popisovaný vývoj uzlinové afekce je patognomický pro sarkoidózu a podporuje diagnózu onemocnění (obrázek č.4).

III. stádium: bývají přítomné retikulonodulární stíny v rozsahu celých plicních polí, bez zvětšení nitrohrudních uzlin (obrázek č.5).

IV. stádium: původní změny přecházejí do fibrózy, objevuje se apikalizace plicních hilů dispenze mediastina, může dojít ke stejným změnám jako u plicních fibróz jiného původu (obrázek č.6).

Podle některých autorů lze hovořit o pěti stádiích sarkoidózy, kdy stádiem 0 bývá označován normální snímek hrudníku, kdy v ojedinělých případech u sarkoidózy chybí rtg manifestace tohoto onemocnění (obrázek č.2), (Slováková, 2005, str.4-5).

Závažnou komplikací systémové sarkoidózy je postižení CNS, které se projevuje nejčastěji obrnou mozkových nervů a srdce ve formě srdeční arytmie, insuficience či náhlé smrti u mladých jedinců. Postižení těchto vitálních orgánů je stejně jako postižení oční či porucha kalciového metabolismu indikací k zahájení terapie (Votava,1999, str.37).

Prognostické hodnocení různých forem sarkoidózy je možné do určité míry na základě mnohých retrospektivních studií. Jako prognosticky významné se hodnotí klinické příznaky, radiologické nálezy a funkční poruchy. Nejpriznivější průběh mívají nemocní s výskytem nodózního erytemu. Do jednoho roku lze očekávat spontánní remisi u 80% a do dvou let až u 94,3% nemocných. Jsou-li přítomny i parenchymové plicní změny, snižuje se množství remisí na 87,8%. V individuálních případech lze však předem prognózu určovat jen velmi obtížně a nespolehlivě. K úmrtí na sarkoidózu dochází jednak v souvislosti s plicní fibrózou, která se projeví respirační insuficiencí, nebo komplikacemi jako jsou infekce, krvácení při aspergilóze. Další vzácnější příčiny smrti jsou postižení myokardu, CNS, selhání jater, ledvin nebo metabolický rozvrat při hyperkalcinemii, subglotická stenóza nebo jiná mimoplicní lokalizace (Kolek, 1998, str.84).

1. 5 Diagnostika

Nezbytnou součástí diagnostiky onemocnění je anamnéza nemocného, fyzikální vyšetření, základní biochemické a hematologické vyšetření, skiagram hrudníku, funkční vyšetření plic, rutinní imunologické testy, kožní testy včetně excizi, scintigrafie, CT, magnetická rezonance a další metody používané v různých oborech jako je EKG, echokardiografie, sonografie, endoskopie, biopsie z postižených orgánů, histologické vyšetření na průkaz granulomu a další dle postižení orgánů v těle (Kolek, 1998, str.99).

K histologickému vyšetření lze odeslat kožní excizi, extirpovanou lymfatickou uzlinu, endobronchiální granulaci, punktát jater nebo sleziny. V rámci celkového vyšetření lze u některých nemocných prokázat hyperkalcémii a hyperkalciurii, zvýšenou koncentraci angiotenzin-konvertujícího enzymu v séru, suchou keratokonjunktivitu nebo uveitidu, kožní změny v jizvách nebo cystická projasnění v distálních člácích prstů rukou a nohou (ostitis cystoides multiplex Jüngling) (Homolka, 2001, str.81).

Dělení plicní sarkoidózy do stádií provádíme podle klasických rtg snímků hrudníku, provádíme také výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností – HRCT, které pomáhá k odlišení počínajících fibrotických změn (přechod stádia III. na IV. stádium). U všech nemocných provádíme bronchoskopii s bronchoalveolární laváží (BAL). Diferenciální rozpočet buněk v BAL bývá pro sarkoidózu dosti typický a navíc může pomoci odhadu prognózy u daného nemocného. Při vyšetření lze odebrat endobronchiální biopsii nebo perbronchiálně punktovat nitrohruďní uzliny. Intradermální tuberkulínový test bývá u nemocných se sarkoidózou většinou negativní (v 70% případů), na druhé straně pozitivní výsledek nevylučuje tuto diagnózu. Laboratorně lze prokázat nespecifické změny v krevním obraze (lymfopenie), zvýšenou sedimentaci erytrocytů (Slováková, 2005, str.6).

Vzhledem k mnohotvárnosti postižení u sarkoidózy je diagnostika mnohdy nesnadná a stále se hledají nové diagnostické postupy, které by rozhodujícím způsobem ovlivnily rychlé stanovení vlastní diagnózy, rozsahu onemocnění a jeho stupeň aktivity. Některé z metod lze považovat za značně specifické a vzhledem k diagnóze za zásadní. Jiné jsou spíše pomocné, mohou však sloužit jako významné ukazatele aktivity. Nových vyšetřovacích postupů stále přibývá, což je dáno rozvojem laboratorní a vizuální techniky. Za nejperspektivnější metodu se v současnosti považuje pozitronová emisní tomografie (PET). Diagnostické možnosti u sarkoidózy jsou rozsáhlé, ale přínos většiny užívaných metod je omezený. Je třeba postupovat s ohledem na pacienta, zkušenosti

pracoviště a cenu vyšetření. Složitější případy by měly být vyšetřovány a sledovány v centrech, která se danou problematikou zabývají (Kolek, 1998, str.99, 128).

1. 6 Terapie plicní sarkoidózy

Indikací k zahájení léčby je průkaz ventilační poruchy, snížení difúzní kapacity, dále rtg nález stacionární nebo progredující v intervalu 6 - 12 měsíců, sarkoidóza oční, sarkoidóza myokardu, sarkoidóza CNS a hyperkalcémie nebo hyperkalciurie (Homolka, 2001, str.82).

Nejvíce používaným léčebným prostředkem s prokazatelným efektem na symptomy sarkoidózy zůstávají kortikoidy. Podobně jako u jiných nemocí jsou podávány pro jejich protizánětlivý a imunosupresivní účinek. Jsou jednoznačně lékem první volby. Doporučuje se neléčit symptomatická stádia I a II s vyčkáním 6 až 24 měsíců, vzhledem k tomu, že se u nich očekává spontánní remisi až v 80%. Když nedojde k ústupu, podají se kortikoidy na dobu 6 až 12 měsíců dle průběžných kontrol. Nodózní erytém lze léčit nesteroidními protizánětlivými léky nebo nízkými dávkami kortikoidů po dobu několika měsíců.

Symptomatické pacienty a pacienty s poruchou plicních funkcí lze léčit systémovými kortikoidy. Délka léčby nemá stanovený konsenzus. Doporučuje se 6 měsíců až dva roky.

Zásadním problémem léčené sarkoidózy je ukončování terapie. Pomalý pokles většinou zabrání vzniku syndromu odnětí kortikoidů. Ten se projevuje jako snížení výkonnosti, únava, nevolnost, myalgie a polyartralgie trvající několik týdnů, během nichž se nemocní často dožadují opětného nasazení léčby. Rozhodování o vysazení kortikoidů je možné usnadnit vyhodnocením různých ukazatelů aktivity (Kolek, 1998, str.156-158).

Po ukončení kortikoterapie je nutné nemocné sledovat v kratších časových intervalech vzhledem k tomu, že až 1/3 nemocných mívá do 2 let po ukončení léčby recidivu onemocnění.

Vedlejší účinky kortikoterapie

Při léčbě kortikoidy je nutné mít na zřeteli možné vedlejší projevy léčby. Nejčastěji jde o přírůstek hmotnosti, Cushingův syndrom, steroidní akné, vředová choroba, osteoporózu, hirsutismus, hypertenzi, vznik katarakty, diabetogenní vliv a sníženou odolnost vůči infekcím. Proto je u nemocných třeba monitorovat krevní tlak, hladiny glykémie, kalia a tělesnou hmotnost. Doporučuje se redukční dieta a pohybová aktivita. Nemocný musí být poučen o riziku spontánního vysazení léčby. Při každé mimořádné situaci, jakou může být infekce, jiné onemocnění apod., by měl pacient vyhledat lékaře, který může přechodně dávku kortikoidů upravit (Kolek, 1998, str.158).

1. 6. 1 Farmakoterapie u plicní sarkoidózy

Skupiny léků základních:

- **Kortikoidy** = léky s protizánětlivým účinkem (Prednison tbl., Medrol tbl)
nežádoucí účinky: přírůstek hmotnosti, steroidní akné, vředová choroba, osteoporóza, hypertenze, snížená odolnost vůči infekcím, katarakta, glaukom a další závažné problémy
- **Antimalarika** = významný lék používaný především u kožní formy sarkoidózy (Delagil tbl., Plaquenil tbl.)
nežádoucí účinky: retinopatie, bolesti hlavy, závratě, zažívací potíže
- **Imunosupresiva** = léky potlačující nežádoucí imunitní reakce (Imuran tbl., Azamun tbl.)
nežádoucí účinky: útlum kostní dřeně, snížení odolnosti infekcím, cholestáza
- **Cytostatika** = skupina léků potlačující nádorové bujení v těle (Cyklofosfamid drg.)
nežádoucí účinky: nevolnost, zvracení, riziko vzniku druhotných malignit, útlum krvetvorby

Skupiny léků užívaných při přidružených plicních komplikacích:

Antibiotika = ničí bakteriální a jiné infekce

Antitussika = působí proti kašli

Bronchodilatancia = působí rozšíření dýchacích cest

Expektorantia = umožňují vykašlávání

Mukolytika = zajišťují zvýšenou sekreci vazkého hlenu

1. 6. 2 Terapie mimoplicní sarkoidózy

Jelikož toto onemocnění může postihovat téměř všechny orgány, setkávají se s ním odborníci téměř všech medicínských oborů. Pro správný diagnostický i léčebný postup je proto nutná interdisciplinární spolupráce mezi odborníky různých oblastí (Slováková, 2005, str.6).

1. 6. 3 Dietoterapie

Dietní opatření se doporučuje pouze tehdy, pokud jsou u pacienta zaznamenány vyšší hladiny vápníku, doporučuje se omezení potravin s vitamínem D, mléčné a jiné produkty obsahující vápník (tabulka č.8). Důvodem je vyšší dispozice k tvorbě ledvinových kamenů. Nedoporučuje se také vystavování přímému slunci. Dietní opatření je pouze 4 dny při sběru moče na kalcium za 24 hodin (tab.č.7).

Pokud pacient nedodrží dietní opatření z jiných zdravotních důvodů, není třeba dodržovat dietu.

1. 6. 4 Pohybový režim

Pacienti se sarkoidózou mohou vést normální život ve všech směrech, mohou se věnovat sportovním aktivitám, jejich pohybový režim není omezen. Pokud se však při sportu objeví pocit dušnosti, nebo jiné zdravotní problémy, je třeba tělesnou aktivitu omezit, odpočívat a hlavně seznámit s problémem ošetřujícího lékaře.

1. 6. 5 Psychoterapie

Psychoterapie, tak jako u jiných onemocnění je velice důležitou součástí přístupu k nemocnému.

Nemocný se sarkoidózou je vystaven různým situacím, které ovlivňují jeho psychický stav. Pokud onemocnění probíhá asymptomaticky, je pro nemocné těžko pochopit nutnost podstupování různých vyšetření, která nepatří mezi banální. To často vede ke vzniku nedůvěry k vyšetřujícímu personálu. Samotný odborný název onemocnění vyvolává v nemocných úvahy o jiném vážném onemocnění, nejčastěji pacienti podléhají kancerofobii. Na lékaře, ale i sestry je kladena vyšší míra trpělivosti ve vysvětlování podstaty samotného onemocnění a jednotlivých vyšetření, včetně speciální přípravy na ně.

Symptomatictí pacienti trpící únavou, dechovými nebo jinými problémy sice ochotněji podstupují jednotlivá vyšetření, protože jsou jim již známa, ale stejně jsou vystaveny stresu, jehož důvodem je častost opakování.

Dalším závažným vlivem na psychiku nemocného je užívání kortikoidů pro svoje vedlejší následky léčby, jako je nadváha a změna vzhledu, depresivní stavy. Tady je důležité upozornit nemocné, že jde o přechodný stav.

V literatuře je popisován u nemocných se sarkoidózou vyšší výskyt agorafobie a náhlých stavů paniky a strachu. Dochází u nich k různým projevům tělesného dyskomfortu, jako je dušnost, tachykardie, třes, pocení, bolesti na hrudi a závratě. Tady je důležitá spolupráce s psychology nebo psychiatry. Doporučují se různé relaxační techniky zaměřené na zvládnutí stresových situací.

1. 6. 6 Posuzování pracovní schopnosti

Při podezření na sarkoidózu si úvodní vyšetřování zpravidla vyžádá krátkodobou pracovní neschopnost spojenou s podstoupením řady testů a provedením bronchoskopie s biopsií. Pracovní neschopnost je také oprávněná při vzniku subjektivních a objektivních potíží u symptomatických forem. Při zahajování terapie vyššími dávkami kortikoidů je doporučována pracovní neschopnost a krátkodobou hospitalizaci s monitorováním možných vedlejších účinků léčby.

Pro dlouhodobou pracovní neschopnost s možností přiznání invalidity je důležité funkční posouzení plic nebo jiných orgánů. Jde o méně častý jev, asi u 10 až 20 % nemocných. Záleží na stupni trvalého poškození sarkoidózou postižených orgánů.

U asymptomatických nemocných se setkáváme s odmítáním i krátkodobé pracovní neschopnosti. Pacienti se dožadují vyšetření ambulantní formou bez přerušení pracovního procesu. Tento přístup je možný, ale má svá rizika vyplývající ze vzniku komplikací, ke kterým může dojít při jednotlivých vyšetřeních. Je vždy nutné nemocné správně informovat o rizicích a zajistit jejich informovaný písemný souhlas.

Lázeňská klimatická léčba je indikována u těžkých forem sarkoidózy v trvalé lékařské péči, s poruchami plicních funkcí nebo po hrudních operacích.

1. 7 Prognóza (funkční důsledky)

U 80% nemocných je prognóza příznivá, u 60% lze očekávat spontánní remisi. 20% nemocných vyžaduje další sledování, eventuálně terapii pro chronický progresivní

průběh onemocnění. Hlavním rizikem je vznik plicní fibrózy. Letalita se u plicní sarkoidózy odhaduje na 3 až 4 % (Votava, 1999, str.37).

Při dlouhodobé respirační insuficienci se podává domácí oxygenoterapie s vyhlídkou na transplantaci plic (Kolek, 1998, str. 160).

2 Ošetrovatelská péče u pacienta s onemocněním – plicní sarkoidóza

2. 1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Pokud to charakter lůžkového oddělení dovolí, spočívá v uložení nemocného na menší pokoj s možností dostatečného větrání, zajištění optimální vlhkosti vzduchu, respektujeme polohu, kterou si zvolí pacient sám, zajištění klidu nemocnému, dostatek informací a správná momentální edukace.

Nezbytné jsou také pomůcky k lůžku, jako je funkční signalizace, dostatek lůžkovin a osobního prádla, dostatek tekutin s vhodnou teplotou, pomůcky k výkonu osobní hygieny, podložní mísu nebo močovou láhev, oxygenoterapie pokud je třeba. Důležitá je psychoterapie nemocného, umožnit kontakt s rodinou nebo přáteli.

2. 2 Sledování nemocných

V průběhu hospitalizace sledujeme jednak základní životní funkce, charakter dušnosti, cyanózu, příjem a výdej tekutin, tělesnou teplotu, podávanou oxygenoterapii, pokud je zaveden žilní katétr sledujeme místo zavedení, aby se předešlo možnému vzniku zánětu, u neklidných pacientů prevence pádu a následného poranění, důležité je sledovat psychiku nemocného, charakter kašle, včetně vzhledu vykašlávaného sputa, množství sputa a příměsí, správnost užívání inhalačních preparátů.

Důležité je sledování pacienta po některých vyšetřovacích metodách, jako např. bronchoskopii.

2. 3 Nejčastější ošetrovatelské problémy

Jsou rozmanité, odvíjí se od postižení jednotlivých orgánů a od jednotlivých stádií onemocnění. U plicní formy sarkoidózy jsou nejčastější:

1. Dýchání nedostatečné
2. Polykání porušené
3. Bolest akutní
4. Únava
5. Hypertermie
6. Tělesné tekutiny, nadbytek
7. Strach

3 Posouzení stavu pacienta

Pacientka byla na kliniku přijata k plánované hospitalizaci po předchozí domluvě a doporučení obvodního plicního lékaře v místě trvalého bydliště.

Přichází v doprovodu manžela, působí nejistě z důvodu neznámého prostředí. Je upravená, plně soběstačná, orientována v prostoru i čase, kompenzační pomůcky nepoužívá. Přibližný časový údaj o délce hospitalizace přijímá s viditelnou úlevou.

Domnívala se, že pobyt v nemocnici bude mít delší trvání a vznikne tak problém v péči o své dvě nezletilé děti. Vstupní pohovor je provázen suchým, občasným zakašláním bez expektorace. Zvýšenou teplotu nepocítuje.

Pacientka byla uložena na čtyřlůžkový pokoj, který je tak plně obsazen. Přiznává, že pokud by měla možnost volby nadstandardního pokoje, využila by jí, ale volila by raději pokoj dvoulůžkový, aby se necítila tak osaměle a mohla si s někým popovídat. Vzhledem k letnímu provozu kliniky a tím spojeném pravidelném uzávěru oddělení, kde tyto pokoje jsou, není možné vyjít pacientce vstříc. Vysvětlení přijímá a celou provozní situaci kliniky chápe.

O pacientku jsem pečovala v období od 30. 7. – do 6. 8. 2008, tedy po celou dobu její první hospitalizace na klinice.

3. 1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: L. P. ing.

Věk: 36 let

Datum narození: xx. xx. 1972

Adresa: xx

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Stav: vdaná

Povolání: dříve pracovala v kanceláři, nyní je posledních 7 let na mateřské dovolené

Kontaktní osoba: manžel – bydlí společně

Podání informací o zdravotním stavu: manželovi

Pojišťovna: 111- VZP

Datum přijetí: 30. 7. 2008 v 7.30 hodin

Důvod přijetí: hilová lymfadenopatie a zvětšené uzliny paraaortálně k vyšetření
a stanovení diagnózy

3. 2 Výtah z lékařské dokumentace

3. 2. 1 Lékařská anamnéza

RA: matka 63 let – léčí se s vertebroalgickým syndromem, otec 62 let – léčí se pro arteriální hypertenzi, před 14 lety prodělal operaci tlustého střeva pro karcinom s následnou chemoterapií, pravidelně dochází na kontroly ke svému lékaři, je po operaci pro nefrolithiázu – rok jeho operace si pacientka nepamatuje, sourozence nemá, má dva syny – 7letý má Aspergerův syndrom a epilepsii, druhému synovi je 1 rok – je zdrav

SA: je vdaná, bydlí s manželem v rodinném domku, který je suchý, nikdy nebyly přítomny plísňe, zvířata nechovají, u rodičů je ale denně ve styku se psem, kočkami, slepicemi a králíky, v bytě pěstuje běžné pokojové rostliny, na zahradě květiny, ovocné stromy.

PA: vystudovala Vysokou školu zemědělskou v Praze, obor zemědělská ekonomie a po promoci zpočátku pracovala v kanceláři v místě bydliště. Práce jí plně uspokojovala. V průběhu první mateřské dovolené pracovala pro vysokou školu v oblasti marketingu a managementu. Posledních pět let je v domácnosti s dětmi, v riziku nikdy nežila ani nepracovala.

Hobby: práce na zahrádce, pěstuje květiny a zeleninu, ve volných chvílích ráda šije na děti, plete a další ruční práce, ráda čte a pracuje s počítačem, v mládí hodně sportovala, věnovala se běhu – denně asi 4km, plavala, lyžovala

GA: menses od 13 let, nepravidelně, ve 20ti letech byla léčena jeden rok pro vysokou hladinu prolaktinu, 2 porody – v roce 2001 normální cestou, v roce 2007 bylo těhotenství zakončeno sekci, 1x interrupce v roce 1999, poslední gynekologická prohlídka byla v listopadu 2007 bez patologického nálezu, mammografii dosud nikdy neměla, hormonální antikoncepci vzhledem k opakovaným vyšším jaterním testům nikdy neužívala a neužívá

FA: chronickou medikaci nemá

Abusus: v současné době nekuřačka, dříve asi od 16 let do 26 let kouřila 5 cigaret denně, celková nálož kolem 18 000 cigaret (tabulka č.4), alkohol neguje, černá káva 2krát denně

AA: asi posledních 7 let se léčí pro ekzém na ruku, byla zjištěna alergie na nikl, saponáty, prací prostředky. Ochranné rukavice při práci ale není zvyklá používat, při výrazném zhoršení navštěvuje kožního lékaře a aplikuje předepsané masti. V posledním

roce se léčí pro polinózu, při hospitalizaci zjištěna alergie na Tetracain (proveden kožní test před bronchoskopií v místním znecitlivění).

OA: prodělala běžná dětská onemocnění bez komplikací, od dětství mívá občas suchý kašel, jehož příčina nebyla nikdy zjištěna

v roce 1984 prodělala appendektomii (12 let)

v roce 1987 tonzilektomie (15 let)

v roce 1992 cholecystektomie (20 let)

od roku 2000 je sledována pro hypothyreózu, substituci neužívala a neužívá, po prvním porodu v roce 2001 se objevily eflorescence na dolních končetinách, na zádech, na krku - asi do jednoho měsíce samy vymizely . Po druhém porodu opět stejné eflorescence na dolních končetinách a na zádech. Od roku 2007 (po porodu) byla zachycena elevace jaterních testů, která v mírných výkyvech trvá dodnes. Ostatní závažná onemocnění v rodině jako TBC, astma, ICHS a úrazy neguje

NO: v posledním roce pozoruje výraznou únavu, občas mívala zimnice a zvýšenou teplotu do 39 C., v květnu letošního roku se navíc přidaly silné bolesti kloubů, hlavně zápěstí a kotníků, na dolních končetinách v oblasti kotníků pozorovala zarudlé zatuhnutí, v té době byla teplota do 38st., vyhledala praktickou lékařku, která ji přeléčila ATB (název si nepamatuje), efekt byl jen dočasný. Současně byla zjištěná zvýšená FW. Byla odeslána na kožní oddělení , kde byla provedena kožní biopsie a histologicky byla verifikována sarkoidóza kůže. Současně byla odeslána na plicní oddělení, kde byla zjištěna hilová lymfadenopatie a dle doplněného CT vyšetření potvrzeno zvětšení uzlin v pravém hilu a paraaortálně. Proto byla domluvena hospitalizace na I. plicní klinice VFN Praha k dovyšetření, posouzení, stanovení diagnózy a dle výsledků i zahájení terapie. Subjektivně je občas suchý kašel, spíše po ránu, také při náhlé změně teploty, občas je i mírná dušnost (tabulka č.6), teplotu v současné době nemá, nyní se cítí výrazně lépe než začátkem května tohoto roku, vymizely i bolesti a otok kloubů, přetrvávají pouze kožní eflorescence na obou dolních končetinách od kolen ke kotníkům (obrázek č.7), svědění ani bolest nepocítuje.

Status praesens: TK: 120/60, P: 80´min., hmotnost: 100kg, výška: 174cm,

BMI = 33,5

Pacientka je při vědomí, orientovaná, spolupracuje. Klidově eupnoická, bez cyanózy. Dobře hydratovaná, bez poruch hybnosti. Obezita.

Hlava a krk: mesocephalická, na poklep nebolestivá, inervace VII sym., výstupy V nebolestivé, oční štěrbinu sym., bulby ve středním postavení, pohyblivé, sklery bílé, spojivky bledší, zornice izokorické, reakce symetrická na osvit i na konvergenci, rty bez cyanózy, jazyk plazí středem, vlhký, bez povlaku, hrdlo klidné, lůžko po tonzilektomii je klidné, chrup sanován, uši bez sekrece. Krční žíly volné, lymfatické uzliny nevětšené, štítná žláza nevětšena, tep karotid symetrický, šelesty žádné.

Hrudník: symetrický, pohyblivý.

Plic: poklep jasný, dýchání sklípkové, oboustranně ojedinele expirační pískoty, bronchofonie v normě.

Srdce: poklepově nevětšeno, akce klidná pravidelná., tepová frekvence 80'minutu, ozvy jasné, ohraničené.

Břicho: v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklep dif.bubínkový, měkké, nebolestivé, rezistence není. Játra nevětšená, slezina nehmatná, tapot bil.nebolestivé. Jizvy po cholecystektomii, po appendektomii, po sectio Caesarea jsou klidné.

Záda: četné kožní eflorescence.

Dolní končetiny: bez otoků, puls do periferie hmatný, na pravé dolní končetině jsou metličkovité varixy. Na obou končetinách jsou kožní eflorescence(obrázek č.7).

3. 2. 2 Plán vyšetření

Tabulka č.1 – Plán vyšetření

Datum:	Vyšetření:
30. 7. 2008	<p>biochemie krve: Na, K, urea, kreatinin, glykemie, Cl, jaterní enzymy, CRP, elfo bílkovin, krevní plyny (ASTRUP) beta2 mikroglobulin, SACE</p> <p>vyšetření moče: moč+sediment</p> <p>imunologie krve: imunoglobuliny kvantitativně</p> <p>hematologie: FW, KO + diff.,</p>

	Ostatní: EKG, RTG S+P + pravý boční snímek sputum K + C, sputum BK, tuberkulínová zkouška Mx II.
31. 7. 2008	CA v moči /24 hodin (ukončení sběru), Ca v krvi, spirometrické vyšetření plic bronchoskopie + BAL
1. 8. 2008	sonografie břicha RTG skeletu rukou a nohou kožní vyšetření
4. 8. 2008	hematologie: KO+diff., FW (kontrola)
6. 8. 2008	oční vyšetření

3. 2. 3 Výsledky provedených vyšetření

Výsledky všech vyšetření posuzuje lékař, který také určuje další léčebný postup, další navazující vyšetření, vlastní medikaci a dobu následné kontroly. Vyšetření, u kterých je třeba písemného souhlasu pacientky, zajišťuje vždy lékař, který je také povinen pacientku informovat o důvodu vyšetření. Pacientka, přesto, že s vyšetřením souhlasí, může kdykoliv svůj písemný souhlas zrušit a vyšetření odmítnout. V tom případě musí podepsat tzv. negativní revers. Veškeré dokumenty jsou přísně evidovány.

Úloha sestry spočívá především ve správné edukaci pacientky před jednotlivými vyšetřeními, psychické podpoře, ve správném provedení odběru biologického materiálu a jeho včasném odeslání do příslušných laboratoří. Je postupováno podle schválených standardů jednotlivých laboratoří, některý materiál je odebírán do speciálních zkumavek k tomu určených a odebírán pouze v určité dny z důvodu náročnosti zpracování.

3. 2. 4 Závěr přijetí

Hilová a mediastinální lymfadenopatie – v. s. sarkoidóza I.st.

Sarkoidóza kůže histologicky verifikována.

Hypothyreóza (sledována na endokrinologii, bez substituce, 2000).

Stav po apendektomii v r.1984.

Stav po tonzilektomii v r.1987 po cholecystektomii v r.1992

3. 3 Terapie

3. 3. 1 Chirurgická léčba - není

3. 3. 2 Konzervativní léčba

3. 3. 2. 1 Farmakoterapie

v současné době z hlediska plicního nálezu není indikována

3. 3. 2. 2 Dietoterapie

Pacientka po edukaci obvodním plicním lékařem dodržuje již druhý den bezkalciovou dietu před sběrem moče/24hod. na odpady kalcia (tabulka č.6). V dietě bude pokračovat ještě dva dny, potom bude převedena na dietu racionální – 3. Prosí respektovat přání menších porcí, především příloh, sama dodržuje dietu - dělenou stravu z důvodu redukce váhy po porodu, kdy v průběhu obou těhotenství přibrala 30kg na váze a nedaří se jí váhu redukovat. Pacientka využívá návrhu možnosti konzultace s nutriční terapeutkou.

3. 3. 2. 3 Pohybový režim

Pohybuje se bez problémů, neužívá žádné kompenzační pomůcky a ani je nepotřebuje. Je plně soběstačná. Není ohrožena pádem ani vznikem dekubitů.

3. 3. 2. 4 Psychoterapie

Pacientka byla zpočátku informována praktickým lékařem, že je podezření na tři závažná onemocnění – TBC, nádorové onemocnění (lymfom) a sarkoidózu, což ji značně psychicky rozrušilo vzhledem k věku svých dětí. Později byla informována, že má pravděpodobně sarkoidózu, což je prý ta „nejlepší“ nemoc ze tří. Vzhledem ke své inteligenci se sama začala zajímat na internetu o toto onemocnění, zjistila vše dostupné, a jak sama říká, ztratila strach, protože při dobré a včasné léčbě je prognóza celkem příznivá. Nástupu hospitalizace se nebála, ale vzhledem k věku dětí a onemocnění syna mírné obavy přetrvávají, především z délky pobytu v nemocnici a neznámého prostředí.

3. 4 Fyzikální vyšetření sestrou

Výška: 174 cm

Hmotnost: 100 kg BMI = 33,5

Krevní tlak: 120 / 60

Puls: 80/min., pravidelný

Tělesná teplota: 36,2 C

Dýchání: 20' min.

Stav vědomí: je plně orientována v prostoru i čase

Omezení schopností: nepoužívá žádné kompenzační pomůcky

Vyprazdňování: bez problémů, stolice je pravidelná, bez příměsí, močení bez problémů

Porucha integrity kůže: kůže na zádech a na obou nohou je poseta četnými oválnými červenými, suchými eflorescencemi. Kůže na obou rukou je suchá, drsná, porušená integrita z důvodu ekzému. Některé nehty jsou deformovány ekzémem. Na zádech drobná jizva po excizi kůže.

Alergie v anamnéze: posledních 7 let ekzém na rukou, alergie na nikl, saponáty, prací prostředky, v posledním roce polinóza, při hospitalizaci zjištěna alergie na Tetracain.

3. 5 Posouzení stavu potřeb pacientky podle M. Gordonové dle NANDA II – Diagnostika domén

3. 5. 1 Podpora zdraví

V dětství prodělala běžná dětská onemocnění včetně infekčních chorob. Stanovená očkování proti přenosným onemocněním prodělala bez komplikací. V období puberty se začaly objevovat zažívací potíže charakteru žlučkových záchvatů. Po vyšetření ultrazvukem a zjištění choledocholithiázy byla provedena ve 20ti letech cholecystektomie. Následně dodržovala přísnou dietu, dnes již tolik nedodržuje, ale vyvaruje se jídel, o kterých ví, že jí způsobují zažívací problémy, především nadýmání.

Ve 12ti letech prodělala appendektomii a v 15ti letech tonzilektomii, oboje bez komplikací.

V posledním roce pozoruje výraznou únavu, občas mívala zimnice a zvýšenou teplotu. V květnu letošního roku se navíc přidaly silné bolesti kloubů, hlavně zápěstí a kotníků, na dolních končetinách v oblasti kotníků pozorovala zarudlé zatuhnutí. Vyhledala praktickou lékařku, která ji přeléčila ATB (název si nepamatuje), efekt byl jen dočasný. Současně byla zjištěná zvýšená FW. Byla odeslána na kožní oddělení, kde byla provedena kožní biopsie a histologicky byla verifikována sarkoidóza kůže. Současně byla odeslána na plicní oddělení, kde byla zjištěna hilová lymfadenopatie. Dle doplněného CT vyšetření potvrzeno zvětšení uzlin v pravém hilu a paraaortálně. Proto byla domluvena hospitalizace na I. plicní klinice VFN Praha k dovyšetření, posouzení, stanovení diagnózy a dle výsledků i zahájení terapie. Subjektivně je občas suchý kašel, spíše po ránu, také při náhlé změně teploty, občas je i mírná dušnost (tabulka č. 6), teplotu v současné době nemá, neměřila se. Nyní se cítí výrazně lépe než začátkem května tohoto roku, vymizely i bolesti a otok kloubů, přetrvávají pouze kožní eflorescence na obou dolních končetinách od kolen ke kotníkům, svědění ani bolest nepocítuje.

Alkohol neguje, černou, rozpustnou kávu si dopřeje 2x denně.

3. 5. 2 Výživa

Stravu přijímá per os, chuť k jídlu je dobrá. Je si vědoma obezity (BMI = 33,5) a tak v posledních měsících začala dodržovat dietu dělené stravy a menší porce. Ze stravy musela vzhledem k zažívacím obtížím vyloučit tučnější maso, omezila uzeniny.

Problémy jí způsobují i luštěniny, které má velice ráda, přesto si je občas dopřeje. Doma sama vaří, upřednostňuje dostatek zeleniny, kterou sama pěstuje, nebo má od rodičů ze zahrady. Příjem tekutin je dostatečný kolem 2l za den, především ovocné čaje a voda.

3. 5. 3 Vylučování a výměna

Mikce je bez problémů, četnost se odvíjí od příjmu tekutin. Příměsí v moči neudává. Stolice je pravidelná, polotuhá, hnědá, bez příměsí. Obtíže při vyprazdňování nemá, laxantiva neužívá. Dříve se více potila, dnes je pocení v normálu.

3. 5. 4 Aktivita - odpočinek

Na základě současných zdravotních potíží udává pocit nedostatečné síly a energie. V současné době je na mateřské dovolené s ročním synem, zároveň se hodně věnuje staršímu 7letému synovi, který má Aspergerův syndrom a vyžaduje zvýšenou zvláštní péči, včetně návštěv psychologa. Doma je zvyklá pracovat i fyzicky, zastává všechny domácí práce, jejím koníčkem je velká zahrada. Přes den je zvyklá obstarávat domácnost, večer, když děti spí, ráda čte, věnuje se ručním pracím, hlavně šití a pletení, vzdělává se prostřednictvím počítače, občas sleduje televizi, čte různé časopisy, luští křížovky, čte oddechovou literaturu. Pacientka přiznává, že v poslední době hůře spí, špatně usínala a v noci se několikrát budila. Svoje problémy datuje do období, kdy jí byla sdělena diagnóza s upozorněním, že bude muset být hospitalizována v nemocnici mimo místo svého bydliště, tudíž odloučena od svých dětí, které jí velice potřebují a jsou na její péči plně závislé. Nejvíce se obávala délky hospitalizace.

Pacientka je soběstačná, je zvyklá o sebe pečovat, 2x denně se sprchuje vlažnou vodou, občas relaxuje koupelí ve vaně v teplé vodě. Používá různé sprchové gely, šampon na mastné vlasy. Není zvyklá se doma líčit, pouze když jde občas do společnosti.

Doma problémy se spaním nikdy neměla, odpočívat je zvyklá aktivně, ať již prací na zahradě, nebo svoji aktivitu věnuje dětem, dříve se věnovala i psaní poezie.

V den příjmu se cítí dobře, trápí ji pouze občasný suchý kašel, který se objevuje hlavně po ránu, někdy po velkém zakašlání se jí podaří vykašlat bělavé sputum. S kašlem má problémy již od dětství, nikdy se nepřišlo na jeho příčinu. Také je pro ni nepříjemná dušnost, která se dostavuje především při změně teploty nebo prostředí, při zvýšené námaze. Nevěnuje tomu moc pozornost, dušnost omlouvá svoji nadváhou, kdy

v době těhotenství přibrala celkem 30kg a dosud se jí nepodařilo váhu redukovat. Je trochu více unavená z důvodu nočního se buzení, jehož příčinou je obava v péči o děti, které nyní z důvodu hospitalizace musí na nějakou dobu opustit.

3. 5. 5 Vnímání - poznávání

Pacientka je plně orientována v prostoru i čase, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky, slyší dobře. Řeč je plynulá, přiměřeně reaguje, je otevřená, přátelská, vstřícná, udržuje oční kontakt. Pokud hovoří o dětech, mluví s nadšením, ale je znát, že je jí po nich smutno. Je vidět, že jí komunikace dává možnost se vyvídat ze svých problémů, kterých vzhledem k onemocnění prvního syna a nyní i k onemocnění svému vlastnímu, je dost. Zná svého ošetřujícího lékaře, staniční sestru i ostatní členy ošetrovatelského týmu. Pobytu v nemocnici se nebojí. Je seznámena s Domácím řádem kliniky a s Právy pacienta, je informována o možnosti uložení cenností, s možností využít odpolední vycházky po dohodě s ošetřujícím lékařem a víkendových propustek domů. Vzhledem k tomu, že je plně informována o svém onemocnění a zdravotním stavu, tak se hospitalizace nebojí a nebrání se jí. Evidentně se jí ulevilo, když zjistila, že hospitalizace bude maximálně 14 dní s možností sobotních a nedělních propustek.

Vzhledem k získaným informacím o své nemoci z internetu a od svého ošetřujícího lékaře, se v současné době necítí ohrožena na životě.

3. 5. 6 Vnímání - sebe sama

Vystudovala vysokou školu, pracovala několik let v oboru. Při první mateřské dovolené spolupracovala i nadále s vysokou školou v oblasti marketingu. Práce jí naplňovala. Je extrovertní povahy. Se svým vzhledem je spokojená pouze částečně, začala redukovat váhu omezením příloh a zařazení více zeleniny a ovoce do stravy.

3. 5. 7 Vztahy

V současné době je na mateřské dovolené – již sedmým rokem. Má vysokoškolské vzdělání. Je matkou dvou synů. Bydlí s manželem v rodinném domku, který sami s pomocí rodičů postavili, součástí je velká zahrada, která je jejím velkým koníčkem. Citově je velice vázána na děti i manžela. S manželem mají hezký vztah, i když přiznává, že není schopen se vyrovnat s onemocněním prvního syna, nechce vzít na

sebe z toho plynoucí odpovědnost, mnoho věcí v oblasti rozhodování leží jenom na ní. Zpočátku jí to velice trápilo, ale dnes vidí životní hodnoty jinde. Váží si manžela, že je finančně zajišťuje a ona tak může zůstat doma a věnovat se plně dětem, a také proto, že je neopustil, tak jak se to často mezi partnery stane. Sama se synovi věnuje v maximální míře, jeho zdravotní stav pravidelně konzultuje s odborníky psychology a první úspěchy také posílily manželův přístup k synovi. Nedaleko jejich domu bydlí i její rodiče a prarodiče, se kterými mají hezký vztah, pomáhá jim na zahradě a oni jim na oplátku pomáhají s péčí o děti. Pro svoji přátelskou, dobrosrdečnou a povahu mají i mnoho společných přátel.

V nemocnici ji nikdo navštěvovat nebude, neboť rodina je daleko a nepředpokládá, že se hospitalizace prodlouží. Navíc má možnost odjet na víkend k rodině, čehož ráda využije. V odpoledních hodinách, bude-li mít možnost, půjde na vycházku po Praze.

3. 5. 8 Sexualita

V sexuální oblasti žádné problémy neudává, můj dotaz bere se samozřejmostí, také na kladené otázky bez problému odpovídá. Sexuální styk je pravidelný, bez problémů, antikoncepci vzhledem k opakovaně zvýšeným jaterním testům nepoužívá, ochranu před početím používá manžel.

Menstruace je pravidelná, mírně bolestivá v prvním dnu. Léky na bolest neužívá.

3. 5. 9 Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu

Od mládí byla optimistkou a svoji dobrou náladu a pozitivitu přenášela i na svoje okolí, pokud jí potkalo něco nepříjemného, brala celou záležitost tak, že to tak mělo být, a věřila, že naopak jí to někam posune, že pozná někoho nového. Přesto připouští, že má někdy obavy z budoucnosti z důvodu svého zdravotního stavu a hlavně z důvodu péče o své malé děti. Pokud se dostane do stresu, odreagovává se procházkami v přírodě, prací na zahradě, nebo kolem dětí. V posledních měsících trpěla strachem o svoje děti. Důvodem je její onemocnění a obava z budoucnosti. Po získání informací o nemoci se strach zmírnil, ale v menší míře stále přetrvává.

3. 5. 10 Životní princip

Přestože je nevěřící, má nějakou svoji vnitřní víru, že vše špatné, co ji dosud v životě potkalo, jí naopak umožnilo poznat něco nového, že jí někam posunulo, snaží se, dlouho se netrápit nepříjemnostmi. V životě považuje za nejdůležitější zdraví svoje

a svých blízkých, smysl života vidí v radosti a štěstí druhých.

3. 5. 11 Bezpečnost – ochrana

Kůže má přiměřený turgor, normální barvy, je spíše suchá, na zádech a obou bérkách jsou četné červené, suché eflorescence. Na zádech vpravo, v oblasti lopatky je drobná jizva po kožní excizi. Na obou rukou je drsná, popraskaná kůže způsobená alergií na saponáty a prací prostředky. Lékařem diagnostikovaný ekzém si nijak zvlášť neléčí, občas promaže kůži Indulonou, pokud se ekzém výrazně zhorší, navštíví kožního lékaře a aplikuje předepsané masti. Některé nehty na rukou jsou deformovány ekzémem. V oblasti břicha jsou klidné jizvy po prodělaných operacích. V současné době není ohrožena vznikem dekubitů (dle stupnice Nortonové – 30 bodů). Není ohrožena ani rizikem pádu (dle stupnice – 0 bodů).

Chrup má v pořádku, 2x ročně v rámci prevence navštěvuje zubního lékaře a dále dle potřeby. Dosud chodila na pravidelné preventivní prohlídky jak k zubnímu lékaři, gynekologovi i praktickému lékaři. I v současné době díky internetu se snaží co nejvíce zjistit o svém novém onemocnění, bude-li vyžadovat nějaké omezení, ráda jej podstoupí. Věří, že onemocnění, které jí potkalo, je podchyceno včas a bude tím ovlivněn průběh i léčba. Je ráda, že byla odeslána na speciální pracoviště, věří lékařům, že ji pomohou.

Tělesná teplota je v současné době normální, rizikem pádu ani sebepoškozením není ohrožena. Vzhledem k porušené kožní integritě na rukou je ohrožena infekcí.

3. 5. 12 Komfort

V současné době nepociťuje akutní ani chronickou bolest. Neužívá žádná analgetika. Netrpí nauzeou, ani zvracením. při nástupu k hospitalizaci se cítí osamělá, je si vědoma, že jí bude chybět rodina, ve které má velkou oporu.

3. 5. 13 Růst a vývoj

Je normálního vzrůstu, obézní. Svého stavu si je vědoma a ráda by váhu redukovala. Současné verbální i neverbální projevy jsou přirozené a přiměřené, odpovídají situaci, ve které se nachází.

3. 6 Situační analýza

36 letá pacientka LP byla přijata na plicní oddělení ke stanovení diagnózy při podezření na plicní sarkoidózu.

Identifikované bio-psycho-sociální problémy 2. den hospitalizace:

- únava
- porušený spánek
- porušená kožní integrita
- nadměrná výživa

Medicínský management – druhý den hospitalizace:

Léčba

- bez medikace

Monitoring

- 2 hodiny po bronchoskopii sleduj základní životní funkce

Dieta

- bezkalciová 4 den, od zítra dieta č.3

Pohybový režim

- t.č. není omezen

Vyšetření

- sběr moče na Ca/24 hod.
- spirometrie (funkční vyšetření plic)
- bronchoskopie

Ošetrovatelská péče

- poučit o zákazu pití a stravování 2 hodiny po bronchoskopii
- zajistit dostatečný odpočinek a spánek
- vysvětlit nemožnost odpolední vycházky mimo oddělení
- dokončit sběr moče na Ca/24 hod.

4 Ošetrovatelská péče

4. 1 Seznam ošetrovatelských diagnóz

4. 1. 1 Strach (00148)

z délky hospitalizace a prognózy onemocnění v souvislosti s nemožností pečovat o členy rodiny projevující se upozorňováním na obavy, zhoršeným usínáním a častým buzením v průběhu noci

4. 1. 2 Únava (00093)

z důvodu zvýšené energetické potřeby organismu a neschopnosti načerpat energii spánkem v souvislosti s onemocněním a obavami projevující se sníženou výkonností a nárůstem potřeby odpočinku

4. 1. 3 Porušená kožní integrita (00046)

na rukou v souvislosti s ekzémem projevující se ragádami

4. 1. 4 Nadměrná výživa (00001)

v souvislosti s nevyváženým příjmem potravin ve vztahu k metabolickým požadavkům pacientky projevující se vyšším BMI 33,5

4. 1. 5 Riziko infekce (00004)

z důvodu ragád kůže na rukou, projevující se ragádami kůže

4. 2 Plán ošetrovatelské péče

4. 2. 1 Strach (00148)

z délky hospitalizace a prognózy onemocnění v souvislosti s nemožností pečovat o členy rodiny projevující se upozorňováním na obavy, zhoršeným usínáním a častým buzením v průběhu noci

Cíl:

- pacientka nepocítuje strach

Výsledná kritéria:

- pacientka chápe příčiny způsobující poruchy spánku do 2 hodin
- pacientka chápe potřebu obnovení svého biorytmu do 2 hodin
- pacientka pravidelně komunikuje s rodinou do 3 hodin
- pacientka umí techniky pro zvládnání strachu do 1 dne
- pacientka chápe potřebu aktivity a odpočinku do 1 dne

- pacientka se cítí odpočatá do 2 dnů
- pacientka konstatuje zlepšení svého spánku do 48 hodin
- pacientka neverbalizuje strach do 3 dnů

Priorita: střední

Intervence:

- seznam pacientku s plánem hospitalizace do 2 hodin – ošetřující lékař
- zjistí informovanost pacientky o nemoci a její možné léčbě do 2 hodin – sestra ve službě
- informuj pacientku o vyšetřovacím plánu do 2 hodin – ošetřující lékař
- pacientka má pravidelně informace o své rodině – zajistí sama mobilem
- informuj pacientku o možnosti vycházek a víkendových propustek do 2 hodin - sestra ve službě
- informuj o příčinách poruchy spánku do 2 hodin – sestra ve službě
- sleduj délku a kvalitu spánku průběžně – sestra ve službě
- udržuj klidné, tiché prostředí, zajisti větrání pokoje před spaním – sestra ve službě
- podej dle potřeby ordinovanou medikaci lékařem, sleduj její účinek- sestra ve službě
- prováděj záznam do ošetřovatelské dokumentace a informuj ošetřujícího lékaře – sestra ve službě

Realizace:

po přijetí a osobním představení byla pacientka seznámena s ošetřujícím lékařem, staniční sestrou a ostatním zdravotnickým personálem na oddělení. Bylo jí poskytnuto dostatek informací o charakteru onemocnění, ohledně kterého byla přijata na kliniku. Rovněž byla seznámena s plánem jednotlivých vyšetření, která jsou nezbytná ke stanovení správné diagnózy a délkou pobytu v nemocnici. Byla informována, kde najít ostatní informace o provozu oddělení, o Právech pacientů. Byla jí nabídnuta možnost uložení cenností do pokladny nemocnice. Byla informována o možnosti odpoledních vycházek a víkendových propustek. Pacientce byla provedena úprava lůžka před spaním, zajištěno vyvětrání místnosti. V noční dobu byl zajištěn dostatečný klid. Pacientka věděla o možnosti užití lékařem předepsané medikace.

Hodnocení:

pacientka velmi ocenila osobní představení personálu oddělení, seznámení s charakterem a provozem oddělení. Rovněž informace o jejím onemocnění potvrdily její vlastní poznatky o nemoci z internetu. Uložení cenností nevyužila, žádné sebou nemá. Viditelnou radost jí udělala možnost odpoledních vycházek po Praze a hlavně možnost odjet na víkend ke své rodině. Nezbytné dokumenty stvrdila svým podpisem. Pacientka usínala ve Fowlerově poloze, v místnosti bylo vypnuto topení, zůstalo pootevřené okno, v průběhu spánku nebyla rušena. V průběhu hospitalizace nebyla podávána žádná medikace na spaní. Několikrát denně si předávala informace s manželem o chodu domácnosti a dětech.

4. 2. 2 Únava (00093)

z důvodu zvýšené energetické potřeby organismu a neschopnosti načerpat energii spánkem v souvislosti s onemocněním a obavami projevující se sníženou výkonností a nárůstem potřeb odpočinku

Cíl:

- pacientka vykonává běžné každodenní činnosti a účastní se žádoucích aktivit bez pocitu únavy

Výsledná kritéria:

- pacientka znát příčiny své únavy do 2 hodin
- pacientka má dostatek informací, jak předcházet únavě do 4 hodin
- pacientka provádí doporučená cvičení sestavená fyzioterapeutem do 24 hodin
- pacientka má dostatek energie a síly do 3 dnů

Priorita: střední

Intervence:

- zajisti konzultaci s fyzioterapeutem do 2 hodin – sestra ve službě
- komunikuj o důvodech únavy – průběžně – sestra ve službě
- proved' záznam informací do dokumentace – denně – sestra ve službě
- informuj ošetřujícího lékaře – denně – sestra ve službě

Realizace:

po domluvě s pacientkou jsem zajistila fyzioterapeuta, který ji naučil relaxační technice. Průběžně během dne byla sledována aktivita pacientky.

Hodnocení:

pacientka ocenila možnost konzultace o příčině své únavy. Fyzioterapeutka ji naučila několik relaxačních postupů pro zlepšení fyzické i psychické kondice, které bude využívat i po propuštění z nemocnice.

4. 2. 3 Porušená kožní integrita (00046)

na ruku v souvislosti s ekzémem projevující se ragádami

Cíl:

- pacientka má v maximální možné míře neporušenou kůži

Výsledná kritéria:

- pacientka má dostatek informací o adekvátní péči porušené kůže do 2 hodin
- pacientka ví, jak předcházet porušení integrity kůže do 2 hodin
- pacientka si pravidelně a správně o pokožku pečuje do 3 dnů
- pacientka dodržuje ordinovanou léčbu do 3 dnů

Priorita: střední

Intervence:

- zajisti vyšetření na kožním oddělení do 2 dnů – sestra ve službě
- dohlédni na správnou aplikaci předepsaných léků – denně – sestra ve službě
- sleduj účinek léků – denně – sestra ve službě
- upozorni na nebezpečí vzniku a projevu infekce kůže – průběžně – sestra ve službě
- prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace - denně – sestra ve službě
- informuj lékaře při změnách – sestra ve službě

Realizace:

pacientka byla odeslána do kožní ambulanci, kde jí byly naordinovány mast a krém, byla poučena o aplikaci a důležitosti v péči o kůži, byla upozorněna na nebezpečí vzniku infekce v důsledku špatné péče o pokožku a komplikacích z toho plynoucích

Hodnocení:

v průběhu hospitalizace se stala pokožka příjemně vláčnou, pacientka sama vidí a pozitivně hodnotí změnu, k infekci kůže nedošlo, pokožka je zklidněná, ale přesto přetrvávají drobné trhlinky. Vliv má i skutečnost, že pacientka při hospitalizaci nepřichází do styku s prostředky, které jí ekzém vyvolávají a zároveň zhoršují.

4. 2. 4 Nadměrná výživa (00001)

v souvislosti s nevyváženým příjmem potravin ve vztahu k metabolickým požadavkům pacientky projevující se vyšším BMI 33,5

Cíl:

- pacientka má fyziologickou hmotnost přiměřenou své fyziologii

Výsledná kritéria:

- pacientka zná příčiny své nadváhy a důležitost redukce hmotnosti do 2 hodin
- pacientka chápe důvod snížení své hmotnosti do 2 hodin
- zná příčiny, které způsobují zvýšený příjem potravy do 2 hodin
- dodržuje zásady redukční diety do 2 hodin
- dosáhne přiměřené tělesné hmotnosti vzhledem ke své výšce a konstituci 1 roku

Priorita: střední

Intervence:

- zajistit konzultaci s lékařem a nutriční terapeutkou do 2 hodin – sestra ve službě
- kontroluj pravidelně a proved' záznam hmotnosti (1x týdně) – sestra ve službě
- kontroluj příjem vhodných potravin a tekutin - průběžně – nutriční terapeutka
- proved' záznam aktivit pacientky – denně – sestra ve službě
- informuj o důležitosti redukce váhy – průběžně - ošetřující lékař, sestra ve službě

Realizace:

po domluvě s pacientkou byly servírovány poloviční porce (přílohy), pečivo bylo nahrazeno chlebem, pacientce dle jejího přání byla dokoupena čerstvá zelenina, jogurty a sýry. Pacientka si vedla záznam příjmu potravin a tekutin během dne a konzultovala jej s nutriční terapeutkou. Měla dostatek informací o dietních opatření, ale také o důležitosti redukce hmotnosti pro její zdraví. V období dodržování bezkalciové diety před sběrem moče na vyšetření kalcia omezila potraviny s vyšším obsahem kalcia.

Hodnocení:

pacientka ještě před nástupem k hospitalizaci začala sama dodržovat dietní opatření - dělenou stravu. Přesto, že souhlasila a dodržovala doporučené rady, k úpravě hmotnosti v průběhu hospitalizace nedošlo. Pacientka se domnívá, že příčinou je nedostatek fyzické aktivity, na kterou je zvyklá a kterou v nemocnici nemá (práce na zahradě, procházky v přírodě, plavání). V průběhu hospitalizace alespoň 2x denně cvičila. Je si vědoma důležitosti snížení hmotnosti a domluveného cíle chce dosáhnout.

4. 2. 6 Riziko infekce (00004) **z důvodu ragád kůže na rukou**

Cíl:

- pacientka nejeví známky infekce

Priorita: nízká

Intervence:

- zajisti konzultaci s kožním lékařem do 2 dnů – staniční sestra
- sleduj stav pokožky – denně – sestra ve službě
- prováděj záznam do ošetrovatelské dokumentace – denně – sestra ve službě
- informuj lékaře při známkách infektu – sestra ve službě

Realizace:

pacientka byla odeslána na vyšetření ke kožnímu lékaři. Na jeho doporučení byla kůže pravidelně 2krát denně promazávána předepsaným krémem a na noc byly použity bavlněné rukavice. Pacientka byla upozorněna o důležitosti ochrany pokožky rukou při styku se saponáty a jinými chemickými prostředky.

Hodnocení:

v průběhu hospitalizace nedošlo k projevům zánětu pokožky, naopak pokožka na rukou vzhledem k péči byla vláčná, dostatečně hydratována, některé kožní ragády se zhojily.

V průběhu hospitalizace nepřišla do styku se saponáty. Pacientka sama viděla účinek pravidelné péče a také si uvědomila časovou nenáročnost, kterou péči o pokožku věnovala.

5 Edukace pacienta

5. 1 Edukační list

Téma edukace:

- Vstupní edukace při začátku hospitalizace.
- Navození klidného, nepřerušovaného spánku.
- Příprava před a po bronchoskopii.
- Dodržování bezkalciové diety.
- Sběr moče za 24 hodin na kalcium.
- Snížení hmotnosti.
- Péče o pokožku rukou.

Forma edukace:

individuální ukázka (UK), verbálně (VE), písemně (PI)

Cíl edukace:

- seznámení pacientky s prostředím oddělení, ošetřujícím lékařem, ošetřujícím personálem, s Právy pacientů, s Domácím řádem kliniky, s možností uložení cenností do depozita nemocnice
- zajištění klidného, nerušeného spánku
- seznámení s přípravou před bronchoskopií a péčí po provedeném vyšetření
- vyloučení potravin s obsahem kalcia po dobu 4 denní bezkalciové diety
- správný sběr moče za 24 hodin na odpady kalcia v moči
- úprava stravování vedoucí k redukci váhy
- obnovení integrity kůže

Reakce na edukaci:

dotazy pacientky (DT), verbální pochopení (VP)

5. 2 Edukační záznam - realizace

5. 2. 1 Edukace vstupní, zaměřená na seznámení s prostředím oddělení, ošetřujícím lékařem, ošetřujícím personálem, s Právy pacientů, s Domácím řádem, s možností uložení cenností do depozita.

Forma edukace: individuální ukázka, verbálně, písemně

Reakce na edukaci: verbální pochopení, dotazy

Doporučení/řešení: v případě potřeby reedukace

Příjemce edukace: pacientka

5. 2. 2 Edukace v oblasti potřeby nepřerušovaného spánku a správného usínání

Forma: verbální, ukázka

Reakce na edukaci: verbální pochopení, dotazy

Doporučení/řešení: před usínáním řádně vyvětrat pokoj, dle možnosti spát s otevřeným oknem po celou noc, poloha při spaní mírně zvýšená, zajištění klidného spánku, dle potřeby bude podána medikace dle ordinace lékaře

Příjemce edukace: pacientka

5. 2. 3 Edukace zaměřená na přípravu před a péči po bronchoskopii

Forma: verbální, písemná

Reakce na edukaci: verbální a neverbální pochopení, dotazy, písemný souhlas pacientky

Doporučení/řešení: ráno před vyšetřením od 6 hodin nic nejíst a nepít (při pocitu žízně maximálně vypláchnout dutinu ústní), po vyšetření 2 hodiny nic nejíst a nepít z důvodu aspirace (při pocitu žízně maximálně vypláchnout dutinu ústní)

Příjemce edukace: pacientka

5. 2. 4. Edukace v oblasti dodržování bezkalciové diety a správného sběru moče na kalcium za 24 hodin

Forma: verbální, individuální ukázka

Reakce na edukaci: verbální pochopení

Doporučení/řešení: 4 dny před odesláním vzorku moče do laboratoře je třeba dodržovat bezkalciovou dietu (tab.č.7), ze stravy je třeba vyloučit po dobu 4 dnů potraviny s vysokým obsahem kalcia a nahradit je potravinami, které kalcium neobsahují, nebo pouze v minimálním množství, týká se i tekutin (tab.č.8). 4. den ráno v 6 hodin začíná samotný sběr moče na odpady kalcia tak, že se pacientka vymočí do WC. Všechna následující močení v průběhu dne i noci probíhá do sběrné, řádně jménem označené nádoby. Sběr končí následující den v 6 hodin ráno. Službu mající sestra moč zamíchá, změří množství moče s přesností na ml a odlije vzorek, asi 10ml moče do jménem označené zkumavky a odešle společně se žádankou do biochemické laboratoře. V případě nejasností provést reedukaci.

Příjemce edukace: pacientka

5. 2. 5 Edukace v oblasti vhodného výběru potravin a sestavení jídelníčku vedoucí k redukci váhy

Forma: verbální, písemná

Reakce na edukaci: dotazy, neverbální projev, písemné poznámky

Doporučení/řešení: je třeba si osvojit znalosti o nutriční skladbě jednotlivých potravin, do jídelníčku zařadit více zeleniny, celozrnného pečiva, vyloučit živočišné tuky, cukry. Informace lze získat také na internetu, nebo zakoupit vhodnou literaturu. Důležitý je denní záznam konzumace a váhy jednotlivých potravin. Nezapomínat na vhodný pitný režim.

Příjemce edukace: pacientka

5. 2. 6 Edukace v oblasti péče o pokožku rukou vedoucí ke zmírnění porušené integrity kůže

Forma: názorná ukázka, verbální

Reakce na edukaci: dotazy

Doporučení/řešení: je třeba si uvědomit důležitost neporušené pokožky, uvědomit si riziko možné infekce a z toho plynoucí komplikace

Příjemce edukace: pacientka

5. 3 Edukační plán

5. 3. 1. Cíl edukačního plánu

Cílem edukace bylo seznámení pacientky s prostředím lůžkového oddělení, s ošetřujícím lékařem a ostatním ošetřujícím personálem. Dalším cílem bylo seznámení s Právy pacientů, s Domácím řádem kliniky, s možností uložení cenností do depozita nemocnice.

Cílem další edukace bylo seznámení pacientky s důvody, které vyvolávají poruchy jejího spánku a zároveň k jejich odstranění a zajištění tak délky spánku, na kterou je pacientka zvyklá.

Cílem edukace byla správná příprava pacientky před bronchoskopií a edukace po bronchoskopií.

Cílem edukace bylo dodržení bezkalciové diety a správný sběr moče za 24 hodin na odpady kalcia v moči.

Cílem edukace bylo upozornit pacientku na nevhodnou kombinaci některých potravin vedoucích k navyšování hmotnosti, ale také seznámit pacientku o vhodné skladbě jídelníčku, důležitosti vážit jednotlivé porce a provádět denní záznam. Rovněž poskytnutí informací o možnosti využití internetu a zakoupení vhodných knih.

Cílem edukace bylo upozornit pacientku na důležitost neporušené pokožky z důvodu nebezpečí vzniku infekce. Také na důležité se vyvarovat prostředků, které pokožku trvale dráždí a vyvolávají tak ekzém.

5. 3. 2 Význam

Pacientka má dostatek informací o nemocničním prostředí, ve kterém se nachází, o ošetřujícím personálu, což umožní navázání vzájemné důvěry a zapojení pacientky do ošetrovatelského procesu.

Význam edukace spánku spočívá v zajištění dostatečného odpočinku pacientky, na který je zvyklá v domácím prostředí.

Pacientka chápe nezbytnost bronchoskopického vyšetření, včetně přípravy na něj, chápe i dodržení nezbytných opatření po vyšetření.

Pacientka chápe důležitost bezkalciové diety a správně provedeného sběru moče na vyšetření kalcia.

Pacientka má dostatek informací o vhodné skladbě potravin, včetně sestavení jídelníčku při jehož dodržování by mělo dojít k postupnému snížení hmotnosti na optimální hodnoty.

Pacientka má dostatek informací jak pečovat o pokožku rukou. Ví o důležitosti proč se chránit ochrannými prostředky před alergeny, zná nebezpečí možného vzniku infekce a následných komplikací z toho vyplývajících.

5. 3. 3 Technika

K edukaci byly použity písemné instrukce, individuální ukázka, verbální edukace, ukázka vyhledání informací na internetu.

5. 3. 4 Kontrolní otázky pro sestru

Tabulka č. 2

Kontrolní otázky pro sestru:	Správné odpovědi:
1. Má pacientka dostatek informací o ošetřující jednotce?	Ano.
2. Zná svého ošetřujícího lékaře, sestry?	Ano.
3. Je informována o Právech pacientů, s Domácím řádem a ví, kde je hledat?	Ano, jsou vyvěšeny na chodbě na nástěnce vedle inspekčního pokoje sester.
4. Má dostatek informací o možnosti uložení cenností?	Ano, v depozitu nemocnice.
5. Ví, co může udělat pro klidný, nerušený spánek?	Ano, větrání pokoje, dostatek klidu na spaní (respektovat dle možnosti zvyklosti pacientky), podání medikace dle ordinace lékaře a sledovat její účinek
6. Ví pacientka, co je bronchoskopie?	Ano.
7. Ví pacientka, proč nesmí před vyšetřením nic jíst a pít?	Ano, je nebezpečí aspirace.
8. Ví pacientka, proč nesmí 2 hodiny po vyšetření nic jíst a pít?	Ano, je nebezpečí aspirace.
9. Ví pacientka, za jakým účelem se bronchoskopie provádí?	Ano, k zajištění materiálu k cytologickému vyšetření a stanovení diagnózy.
10. Ví pacientka, proč jsou nutná dietní opatření, jaké potraviny musí vyloučit ze stravy po dobu 4 dnů?	Ano, má k dispozici písemný letáček.
11. Ví pacientka, jak správně střídat moč za 24 hodin?	Ano.
12. Ví pacientka, jak sestavit vhodný jídelníček ke snížení hmotnosti?	Ano.

13. Ví pacientka kde najde informace o nutričních hodnotách jednotlivých potravin?	Ano, na internetu nebo v odborné literatuře.
14. Ví pacientka o důležitosti dodržování pitného režimu a vhodné volbě tekutin?	Ano.
15. Ví pacientka proč má pečovat o pokožku rukou a používat ochranné prostředky?	Ano, aby zamezila zhoršení ekzému, zlepšila stav pokožky a vyvarovala se alergenů.

5. 3. 5 Postup při zaškolení pacienta

- osobní seznámení pacientky s ošetřujícím lékařem, staniční sestrou, fyzioterapeutkou, nutriční terapeutkou
- individuální seznámení pacientky s oddělením a seznámení se zázemím (kuchyňka, denní místnost pro pacienty, pokoj lékařů, denní místnost sester, toaleta, koupelny, telefonní automat)
- předání písemného letáku o možnosti uložení cenností do depozita v nemocnici
- ukázka umístění dokumentů – Práva pacientů, Domácí řád
- názorná ukázka větrání místnosti, uvedení lůžka do zvýšené polohy
- základní informace o bronchoskopickém vyšetření podal ošetřující lékař, sestra zajistila přípravu před a po vyšetření, pacientka potvrdila písemně informovaný souhlas s vyšetřením
- předání tabulky s informacemi o množství kalcia v jednotlivých potravinách
- předání jídelníčku na dobu 4 dnů při bezkalciové dietě, spolupráce s nutriční terapeutkou
- písemná informace o zahájení a ukončení sběru moče za 24 hodin, písemný informovaný souhlas není v tomto případě třeba
- místnost, kde je umístěna sběrná nádoba na moč
- práce s internetem při vyhledání informací o vhodném výběru potravin pro redukci hmotnosti
- informace o zdravotnické literatuře, včetně vhodného knihkupectví

- zajištění ambulantního vyšetření na kožním oddělení nemocnice
- ukázka správné péče o pokožku rukou
- zpětné dotazy na pacientku, zda všemu rozumí
- dle potřeby reedukace

5. 3. 6 Kontrolní otázky pro pacientku

Tabulka č. 3

Kontrolní otázky pro pacientku:	Správné odpovědi:
1. Víte, na jakém oddělení jste hospitalizována?	Ano.
2. Znáte svého ošetřujícího lékaře, staniční sestru a další ošetřující personál?	Ano.
3. Víte, kde jsou Práva pacientů, Domácí řád a kde je hledat?	Ano, na chodbě na nástěnce.
4. Víte, kam si můžete uschovat cennosti?	Ano, do depozita nemocnice.
5. Víte, jak si pomoci zajistit opět správný, nerušený spánek?	Ano, vyvětráním pokoje, správnou polohou, v případě nespavosti mohu požádat o předepsanou medikaci na spaní.
6. Víte, co je bronchoskopie?	Ano, endoskopické vyšetření plic.
7. Víte, proč nesmíte před vyšetřením nic jíst a pít?	Ano, hrozí nebezpečí aspirace.
8. Víte, proč se bronchoskopie provádí?	Ano, je třeba odebrat materiál k vyšetření a stanovení diagnózy.
9. Víte, jaké potraviny je třeba vyloučit ze stravy v době bezkalciové diety?	Ano, všechny s vysokým obsahem vápníku, ve stravě je třeba využít po dobu 4 dnů potraviny s co nejmenším obsahem vápníku.

<p>10. Víte, jak správně střídat moč v průběhu 24 hodin a kde máte nádobu na moč?</p>	<p>Ano, v den sběru se ráno v 6 hodin vymočím do WC a následně všechnu moč v průběhu dne, noci a poslední ranní moč v 6 hodin následujícího dne budu střídat do sběrné nádoby označené mým jménem na WC</p>
<p>11. Víte, jak správně sestavit jídelníček pro redukci hmotnosti?</p>	<p>Ano. Je třeba vyloučit potraviny živočišného charakteru, tučné síry, omezit přílohy, uzeniny, sladkosti. Porce je třeba vážit a vést si záznam.</p>
<p>12. Víte, kde najdete informace o nutričních hodnotách jednotlivých potravin?</p>	<p>Ano, v odborné literatuře nebo na internetu.</p>
<p>13. Víte o důležitosti vhodného pitného režimu?</p>	<p>Ano, je třeba vyloučit slazené tekutiny, vyloučit alkohol a omezit černou kávu.</p>

6 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V průběhu hospitalizace od 30. 7. – 6. 8. 2008 byla pacientce poskytována maximální možná ošetrovatelská péče současné doby, vyplývající ze standardů moderní lékařské a ošetrovatelské péče. Pacientka byla spokojená v maximální míře. Ocenila především vstřícné chování celého kolektivu kliniky.

Plánovaná vyšetření podstoupila, chápala jejich nezbytnost ke stanovení správné diagnózy. Vyšetření, u kterých je třeba písemného souhlasu, podepsala.

Opakovaně byla vděčná za naplánování všech vyšetření tak, aby její pobyt na klinice byl co nejkratší a ona se mohla brzy vrátit k rodině.

Ze stanovení závěrečné diagnózy vyplývá, že v současné době není třeba žádné medikace, ani dodržování dietního opatření, kromě redukce váhy. Na ambulantní kontrolu se sama objedná v průběhu září tak, jak jí to rodinná situace dovolí. Bude-li třeba hospitalizace, bude již doma před jejím nástupem dodržovat bezkalciovou dietu a v den nástupu přiveze vzorek sbírané moče, což opět zkrátí její pobyt hospitalizace na klinice o několik dní.

7 Prognóza

Pokud bude pacientka dodržovat léčebný režim stanovený lékařem, bude docházet na pravidelné kontroly, je prognóza příznivá. Důležitá je včasná léčba každého infektu dýchacích cest. Při zhoršení zdravotního stavu a telefonické domluvě s odborným lékařem, je možná okamžitá kontrola, případně hospitalizace na klinice. Pravidelné kontroly budou probíhat dvakrát ročně, po telefonické domluvě na ambulanci kliniky.

8 Závěr

Ve své bakalářské práci seznamuji čtenáře nejen s podstatou onemocnění sarkoidóza plic, která se vyskytuje mezi sarkoidózami nejčastěji, ale také jejím průběhem, léčbou a prognózou. Podstatou práce je však vlastní ošetrovatelský proces.

Záměrně jsem volila pacientku, která byla přijata na kliniku poprvé za účelem potvrzení předpokládané diagnózy. Navíc byla přijata v období, kdy se onemocnění neprojevovalo výraznými somatickými projevy a v podstatě pacientku neobtěžovalo. Jejím největším problémem však bylo psychické zvládnutí hospitalizace, strach z odloučení od rodiny. S pacientkou jsem navázala v průběhu její hospitalizace přátelský vztah. Opětovně jsem naslouchala jejím problémům. Ověřila jsem si, jak je důležité nechat pacienta hovořit o sobě, jeho problémech, jeho rodině. Zjistila jsem, že pacientka o onemocnění měla dostatek informací, které získala především z internetu. Vlastní hospitalizace se nebála, neměla ani strach z různých vyšetření, které musí absolvovat. V budoucnu ji čekají pravidelné kontrolní hospitalizace, kterých se, jak sama pacientka uvádí, nebojí, protože ví, že se vrátí do příjemného prostředí a délku pobytu v nemocnici může sama ovlivnit přípravou na některá vyšetření a tím pobyt v nemocnici zkrátit.

Tady je veliký prostor pro práci sester – znalost onemocnění a vyšetření s tím spojených, příprava na jednotlivá vyšetření, edukace pacienta při vlastní hospitalizaci a před propuštěním, znalost rodinného zázemí, telefonický kontakt a v nemalé míře týmová práce s ostatními složkami zdravotnického zařízení. V práci se také odráží jedna důležitá složka každého onemocnění a to je psychika. K dosažení psychického pohodlí nemocného je třeba využít všech možných prostředků. Výsledkem je spokojený, spolupracující pacient.

Téma zdravotnictví je v současné době často diskutovaným. Příčinou jsou nejen poplatky a různé reformy, ke kterým dochází, ale také vztahy mezi zdravotníky a pacienty. Ty jsou především předmětem častých stížností ze strany pacientů. Za posledních dvacet let došlo k velkým změnám ve vztazích. Dříve pacient čekal a vykonával automaticky rady lékaře, dnes již nastupuje generace lidí, která lékaře a zdravotníky bere jako své rovnocenné partnery, kterým se svěřuje a hledá u nich odbornou pomoc. Dnešní pacienti se podílí na léčbě tím, že si sami rozhodují nejen

o lékaři, ale také si mohou vybrat zdravotnické zařízení, ke kterému mají důvěru a kde chtějí být léčeni. Mnoho lidí pochopilo, že otázka jejich zdraví spočívá především v prevenci, v našem chování k sobě samému, ale také ke svému okolí, přijetí zásad správného životního stylu. Informace získávají z mnoha odborných publikací, časopisů a velkým přínosem jsou pak informace na internetu. S takovými pacienty je výborná spolupráce a mnohokrát jsem se při své dlouholeté praxi přesvědčila o tom, že stačí opravdu málo k tomu, aby pacient odcházel spokojený, nebál se dalších kontrol a hospitalizace. K tomu je potřeba několik důležitých předpokladů. Jednak správná, pravdivá informovanost pacienta, navázání a získání důvěry, rovnocenný vztah, ale také profesionální, vzdělaný personál, který myslí jednak na potřeby pacienta vyplývající z jeho zdravotního stavu, ale zároveň pracuje ekonomicky. To znamená, že pobyt pacienta v nemocnici je co nejkratší. Předpokladem je znalost plánu vyšetření, které musí pacient absolvovat a ty zkoordinovat tak, aby na sebe časově navazovala a vzájemně se neovlivňovala. Tady je předpokladem týmová práce. Ekonomická stránka se tak dotýká nejen pacienta, ale následně i celé společnosti.

Pokud jste po přečtení práce nedostali strach ze „sarkošky“ a získali alespoň základní informace o onemocnění, pak práce splnila svůj cíl.

9 Seznam informačních zdrojů

9. 1 Seznam literatury

1. Doegnes, M. E., Morhouse M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*
Grada Publishing, 2001, ISBN 80-247-0242-8
2. Gesenhues S., Ziesché R.: *Vademekum lékaře, Všeobecné praktické lékařství*
Galen, 2006, ISBN 80-7262-444-X
3. Homolka, Votava: *Intersticiální plicní procesy*
MAXDORF, 1999, ISBN 80-85800-90-X
4. Homolka: *Pneumologie, Vnitřní lékařství, svazek III.*
Galen, 2001, ISBN 80-7262-131-9
Universita Karlova, 2001, ISBN 80-246-0369-1
5. Kolek a spolupracovníci.: *Sarkoidóza – známé a neznámé,*
Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-468-1
6. Marečková: *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*
Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1399-3
7. Mastiliaková D.: *Úvod do ošetrovatelství – I. díl*
Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0429-9
8. Mastiliaková D.: *Úvod do ošetrovatelství – II. díl*
Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0429-9
9. Slováková: *Zdravotnické noviny 16 /2005/ ročník 54 – týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*
10. Svačina, Bretšnajdrová: *Dietologický slovník*
TRITON, 2008, ISBN 978-807387-062-1
11. Svačina Š. a kol.: *Klinická dietologie*
Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2256-6
12. Šafránková, Nejedlá.: *Interní ošetrovatelství I.*
Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1148-6
13. Trachtová E., a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*
Brno: IDV PZ 1999, ISBN 80-7013-285-X
14. Zima T.: *Přehled laboratorních vyšetření prováděných ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, VFN 2007*
15. Lékařská a sesterská dokumentace pacientky

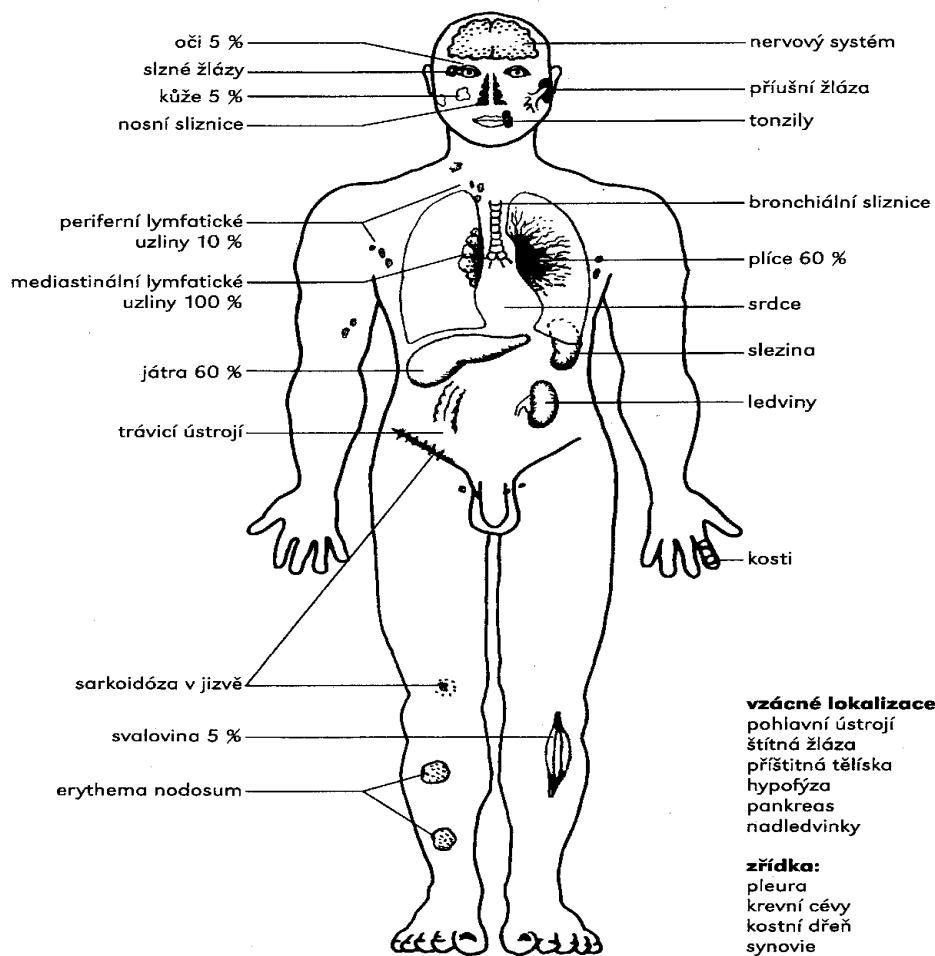
10 Seznam použitých zkratk

ATB	antibiotikum
BAL	bronchoalveolární laváž
BK	bacil Kochův
Ca	vápník
Cl	chloridy
CNS	centrální nervová soustava
CRP	C-reaktivní protein
CT	počítačová tomografie
DNA	deoxyribonukleová kyselina
drg	dražé
EKG	elektrokardiografie
elfo	elektroforéza
FW	sedimentace erytrocytů
HRCT	výpočetní tomografie s vysokým rozlišením
ICHS	ischemická choroba srdeční
K	kálium
k+c	kultivace+citlivost
KO+diff.	krevní obraz + diferenciál
M _x II.	tuberkulínová zkouška podle Mantoux
Na	natrium
PET	pozitronová emisní scintigrafie
RNA	ribonukleová kyselina
rtg	rentgenové vyšetření
SACE	sérová koncentrace enzymu konvertujícího angiotenzin
TBC	tuberkulóza
tbl	tableta
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

11 Přílohy

11. 1 Seznam obrázků a tabulek

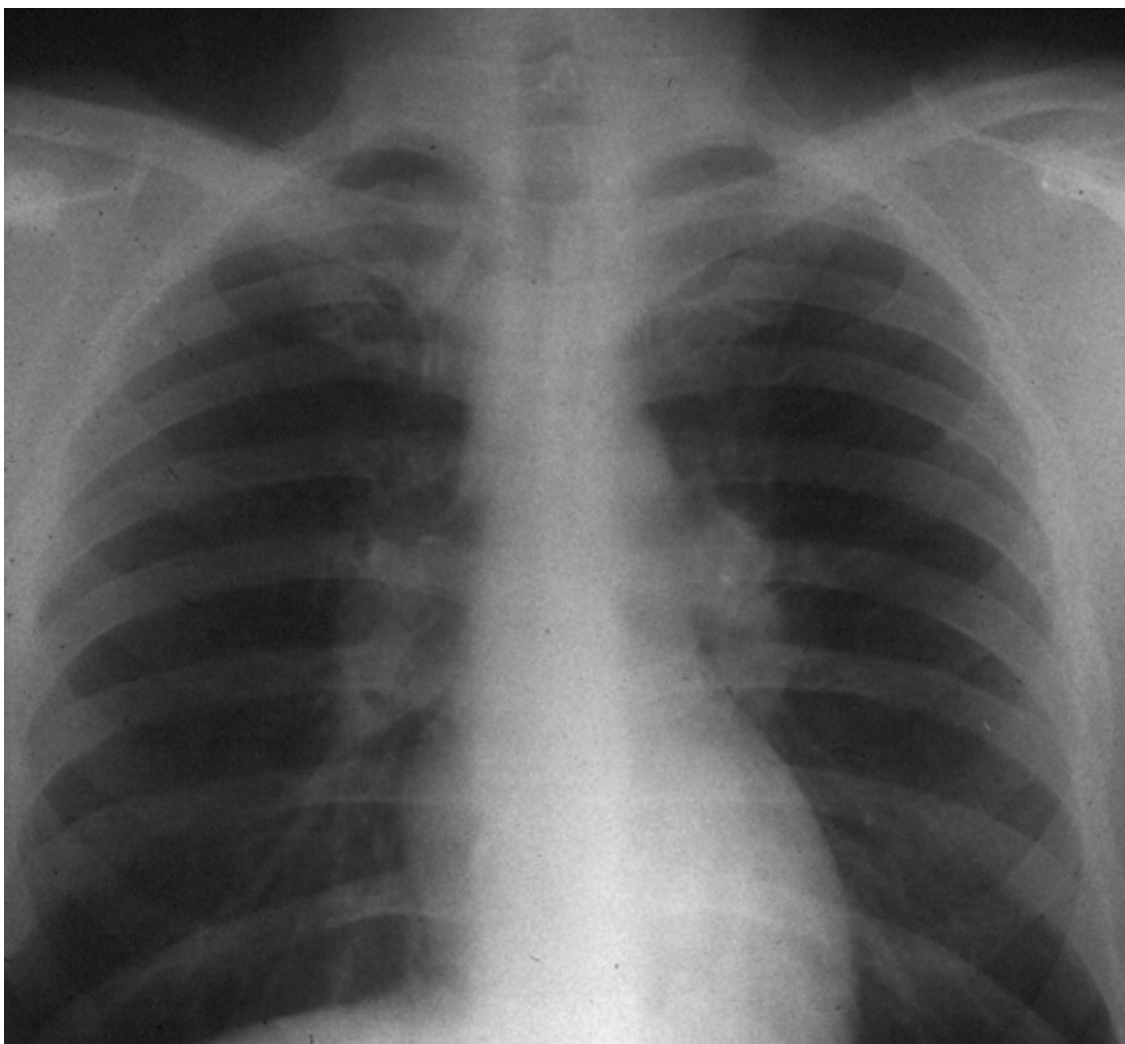
- Obrázek č.1 - lokalizace sarkoidózy
- Obrázek č.2 - RTG plic zdravého člověka
- Obrázek č.3 - RTG plic u sarkoidózy I. stadium
- Obrázek č.4 - RTG plic u sarkoidózy II. stadium
- Obrázek č.5 - RTG plic u sarkoidózy III. stadium
- Obrázek č.6 - RTG plic u fibrozy IV. stádium
- Obrázek č.7 - eflorescence na kůži dolních končetin
- Tabulka č.1 - plán vyšetření (str. 23 – 24)
- Tabulka č.2 - kontrolní otázky pro sestru (str. 40 – 41)
- Tabulka č.3 - kontrolní otázky pro pacientku (str. 43 – 44)
- Tabulka č.4 - výpočet vykouřených cigaret
- Tabulka č.5 - klasifikace NYHA
- Tabulka č.6 - klasifikace dušnosti podle WHO
- Tabulka č.7 - jídelníček bezkalciové diety
- Tabulka č.8 - přehled potravin s množstvím kalcia / 100g



obr. č.1 – lokalizace sarkoidózy (Votava, str.28)



obr. č. 2 – RTG plic zdravého člověka (RTG archiv I.TRN VFN)



obr. č. 3 – RTG plic u sarkoidózy I.stádium (pacientka)



obr.č. 4 – u RTG plic u sarkoidózy II. stádium (RTG archiv I.TRN VFN)



obr. č. 5 – RTG plic u sarkoidózy III. stádium (RTG archiv I.TRN VFN)



obr. č. 6 – RTG plic u sarkoidózy IV. stádium (RTG archiv I.TRN VFN)



obr. č. 7 – Eflorescence na kůži dolních končetin (pacientka)

Tabulka č.4**Výpočet celkového množství vykouřených cigaret u pacientů**
(používáno na I. TRN klinice VFN Praha)

Počet cigaret denně:	Počet kuřáckých let:											
	1	2	3	4	5	10	15	20	25	30	40	
	Celkové množství vykouřených cigaret v tisících:											
50	18	36	55	73	91	182	273	365	456	547	730	
40	15	29	44	58	73	146	219	292	365	438	584	
30	11	22	33	44	55	110	165	219	264	329	435	
25	9	18	27	36	46	91	137	182	228	273	365	
20	7	15	22	29	36	73	110	146	152	219	292	
15	5	11	16	22	27	55	82	110	137	165	210	
12	4	9	13	18	22	44	66	88	110	132	176	
10	4	7	11	15	18	36	55	73	91	110	146	
8	3	6	9	12	15	29	44	58	73	88	116	
5	2	4	5	7	9	18	27	36	45	55	73	
4	1	3	4	6	7	15	22	29	36	44	58	
3	1	2	3	4	5	11	16	22	27	33	44	

Tabulka č. 5

NYHA (New York Heart Association) – klasifikace:

(zdroj: C. Droste: Memorix-vademecum lékaře, Scienta medica, Praha 1992, str.28)

třída	odstupňování podle obtíží v závislosti na zátěži: dušnost , angina pectoris, vyčerpání, palpitace, apod.	příklady zátěží* * Modifikováno podle: Approach to the cardiac patient, Sci. Am. 1986, str.II./83	přibližně odpovídá spotřebě METu* 1 MET (metabolický ekvivalent) = 3,5 ml potřeby kyslíku/kg/min.
(0)	(v této klasifikaci neexistuje, osoba s normálním srdcem není v žádné třídě)		>10
I	velké zátěže bez obtíží (mimořádná namáhavá tělesná zátěž může vést k obtížím)	může být bez obtíží: - velmi rychlá chůze nebo běh (asi 8km/h) - rychlý výstup v horách - vnesení asi 12kg předmětu 8 schodů - zvednutí asi 40kg předmětu - odhazování sněhu lopatou - dítě: může pěstovat všechny hry	asi 7 - 10
II	obtíže při větším, ne běžném zatížení: lehká zátěž bez obtíží	obtíže při: - chůzi asi 4 – 5km/h, chůzi do kopce - pohlavním styku - rychlém stoupaní po schodišti více než 5 schodů - práci na zahradě - dítě: při některých hrách (kolektivní hry v mužstvu, štafetový běh)	asi 5 - 6
III	obtíže již při lehké zátěži: v klidu bez obtíží	obtíže při: - stlaní lůžka - sprchování bez přerušení - oblékání bez přerušení - pomalém stoupaní po schodech, rychlém stoupaní již po 5 schodech - pomalé procházce (3 – 4km/h) po rovině, doprovázející osoba musí brát ohled - dítě: všechny hry s obtížemi	asi 2 - 5
IV	obtíže v klidu: žádná z uvedených zátěží není možná	obtíže při: - mluvení (možné jen krátké věty) - vstávání, po několika krocích - pomalém stoupaní méně než 5 schodů - v klidu	< 2

Terapeutická klasifikace podle NYHA

Třída A Žádné omezení tělesného zatížení není nutné

B Běžnou tělesnou zátěž není třeba omezovat, omezení při mimořádné těžké nebo opakované zátěži

C Omezení středního stupně pro běžná tělesná zatížení, zákaz dlouhodobého zatížení

D Výrazná omezení běžných tělesných zatížení

E Pacienta nelze vůbec zatěžovat, co nejvíce v klidu

Tabulka č. 6**Stupně dušnosti podle WHO**

(zdroj: S. Gesenhues, Vademekum lékaře, Galen, 2006, str.403)

stupeň 1	Zadýcháte se při rychlé chůzi po rovině, při chůzi do kopce nebo do schodů?
Stupeň 2	Zadýcháte se při normální chůzi po rovině se svými vrstevníky?
Stupeň 3	Musíte se zastavit a vydýchat se při chůzi po rovině vlastním tempem?
Stupeň 4	Jste dušný v klidu?

Tabulka č.7**Příklad 4 denního jídelníčku při dodržování bezkalciové diety**
(sestaveno ve spolupráci s nutriční terapeutkou)

1. den	snídaně: oběd: svačina: večeře:	2 ks pečivo, Rama, mini džem, čaj černý hovězí vývar s rýží krutí přírodní plátek, vařené brambory, kompot čaj, 1 ks pečiva pečený karbanátek, chléb, kyselá okurka
2. den	snídaně: oběd: svačina: večeře:	2 ks pečiva, Rama, 4dkg šunkového salámu, čaj černý kuřecí vývar s těstovinou vepřové kostky na kmíně, rýže, kompot čaj, 1 ks pečiva kuřecí plátek přírodní, těstoviny
3. den	snídaně: oběd: svačina: večeře:	2 ks pečiva, Rama, med, čaj černý vepřová s drobením vepřový řízek, vařené brambory, kyselá okurka čaj, 1 ks pečiva rizoto s masem, nakládaná zelenina
4. den	snídaně: oběd: svačina: večeře:	2 ks pečiva, Rama, džem, čaj černý hovězí vývar s rýží hovězí na houbách, těstoviny, salát mrkev čaj, 1ks pečiva sekaná, vařené brambory, kyselá okurka

Ze stravy je třeba po dobu 4 dnů vyloučit potraviny s vysokým obsahem kalcia.
Dodržování diety není pro pacienta zatěžující.

Tabulka č. 8**Přehled některých potravin s obsahem kalcia na 100g :**

(zdroj: Svačina, Klinická dietologie, Grada, 2008, str.205

Svačina, Dietologický slovník, Triton, 2008, str.139, 178)

potravina:	Ca /mg:	potravina:	Ca / 100g:
hovězí maso	8	čočka	72
vepřové maso	8	fazole	110
kapr	5	sója	234
rybí filé	25	celer - kořen	41
mléko 2%	117	celer – nať čerstvá	107
30% tavený sýr	412	květák	31
sýr Lučina	279	mrkev	36
sýr Eidam krájený	709	petržel - nať	132
sýr Blaťácké zlato	714	jablka	7
sušené mléko polotučné	1008	pomeranč	34
jogurt ovocný	150	fíky	151
podmáslí	116	chléb	23
tvaroh dietní	355	těstoviny	25
tvaroh tvrdý	719	kakaový prášek	126
mák	1262	brambory	90
lískové oříšky	177	cukr	0

Obsah Ca v minerálkách mg/l :

Aquila	36	Hanácká	270
Bonaqua stolní	0	Magnesia	41
Dobrá voda	6	Mattoni	98
Evián	78	Toma Natura	26

