

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

**Praha 5**

**PÉČE O PACIENTA S PSORIASIS**

**Bakalářská práce**

**Ivana Černá**

Praha 2011

## **ABSTRAKT**

ČERNÁ, Ivana. *Péče o pacienta s psoriasis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2011. s. 42.

Hlavním tématem bakalářské práce je péče o pacientku s diagnózou psoriasis. Teoretická část práce popisuje toto onemocnění, jak vzniká, jak se projevuje, jeho výskyt a léčbu. Praktická část navazuje na část teoretickou, v praktické části je prezentován ošetrovatelský proces o pacientku, která se se svým onemocněním teprve seznamuje. Ošetrovatelské diagnózy jsou řazeny dle priorit pacientky.

Klíčová slova: Biologika. Dermatologie. Lupénka. Ošetrovatelský proces. Psoriasis.

## **ABSTRAKT**

ČERNÁ, Ivana. *Péče o pacienta s psoriasis*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2011. s. 42.

The main topic of this work is the care of patients with psoriasis. The practical part follows the theoretical to the practical part of patient care that their disease is still familiar. The theoretical part describes the disease as there is, how it manifests itself, its incidence and treatment. We try to help her fear and eliminate the barriers. The practical part is processed in the nursing process, where we discuss most major diagnosis.

Key words: biologics. Dermatology. Psoriasis. Nursing process. Psoriasis.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne:

*Podpis:*

## **Předmluva**

Lupénka postihuje v dnešní době významnou část mužů i žen. Nejedná se o onemocnění moderní doby, ale již v Bibli či egyptských papyrech najdeme zmínky o lupénce. Ve středověku vyvstal názor, že nemoc je nakažlivá a lidé byli osočováni, že mají d'áblovo znamení. Podrobněji se nemocí začali zabývat v 19. století. V České republice se mnoho odborníků věnovalo této nemoci, např. Šambera, V. Resl, J. Konopník a F. Novotný.

Lupénka je zdravotní problém, který v dnešní době postihuje 3-7 % obyvatelstva celého světa. Jejich život je tímto onemocněním ovlivněn, jelikož jim znemožňuje aktivity, které dříve vykonávaly bez problémů a zasahuje do osobního a společenského života. Ve společenském životě mohou mít nemocní strach z toho, jak je přijme okolí. V osobním životě se musí člověk „poprat“ s nemocí a jejími projevy. I v dnešní době se můžeme setkat s nevědomostí ostatních lidí a jejich strachem z nakažlivosti lupénky či odporem k nemocným kvůli projevům na kůži. Lupénka tedy není jen nemocí, ale i každodenním problémem či handicapem pro toho, kdo jí onemocní.

Vzhledem k problematice onemocnění bychom se měli hlouběji zamyslet nad problémy a zjistit, co více bychom mohli udělat pro osoby s lupénkou. Sestry by měli být informováni o onemocnění a schopni poradit nemocnému, se kterým přicházejí do styku. Pokud by zdravotničtí pracovníci poskytovali informace při každé vhodné příležitosti, mohly by se pak nemocní cítit jistější při řešení problémů. Sestra by měla umět pozitivně zasáhnout do života nemocného s lupénkou, a to lze za předpokladu, že je v problematice vzdělaná a schopná poradit či pomoci zajistit spolupráci s kompetentní osobou.

# OBSAH

ÚVOD	9	1
KŮŽE	10	
1.2 FYZIOLOGIE KŮŽE	10	
2 PSORIÁSA	11	
2.1 PŘÍČINA VZNIKU PSORIÁZY	11	
2.1.1 Vnitřní faktory	12	
2.1.2 Zevní faktory	13	
3 VÝSKYT PSORIÁZY	15	
3.1 FORMY PSORIÁZY	16	
4 LÉČBA PSORIAZY	19	
4.1 ZEVNÍ LÉČBA	19	
4.2 PODPŮRNÁ PÉČE O PSORIATICKOU KŮŽI	21	
4.2.1 Balneoterapie	21	
4.2.2 Fototerapie	22	
4.3 CELKOVÁ LÉČBA	23	
4.4 PODPŮRNÉ A ALTERNATIVNÍ PROSTŘEDKY V LÉČBĚ PSORIÁZ	25	
5 KAZUISTIKA	29	
5.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	34	
5.1.1 Celkové shrnutí ošetrovatelské péče	39	
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	40	
ZÁVĚR	42	
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	43	
SEZNAM PŘÍLOH		

## Úvod

Téma bakalářské práce „Psoriáza“ bylo zvoleno především proto, že v dnešní populaci je toto onemocnění stále velmi rozšířené. Psoriáza neboli lupénka. Odborný název je odvozen z řečtiny, psora = svědění či šupina. V češtině znamená olupování. Jedná se o časné, neinfekční, zánětlivé autoimunitní onemocnění, které probíhá chronicky, s velkým sklonem k recidivám.

Nejedná se tudíž o nějakou novou civilizační, stresovou chorobu. Lupénka se vyznačuje plochými, okrouhlými pupínky, cihlově červené barvy, které jsou kryté stříbřitými, drolicími se šupinami.

Výskyt psoriázy se ve střední Evropě udává u 2 % populace, další 2-3 % mají formu skrytou. Počet onemocnění roste a lupénka je řazena mezi civilizační choroby.

Vznik psoriázy je možný v kterémkoli věku, nejčastěji bývá mezi 10-30 lety. Onemocnění má dva vrcholy výskytu, první v 16-22 letech, druhý v 57-60 letech. Příčina onemocnění je stále nejasná. Jedná se o dědičné onemocnění, dědí se však pouze dispozice ke vzniku onemocnění. Vznik lupénky závisí na řadě vnitřních i zevních faktorů. Patří sem například infekce, záněty, stres, životospráva, hormonální vlivy a mnoho dalších.

# 1 KŮŽE

Kůže tvoří ochranný kryt těla. Zaujímá plochu 1,1-1,85 čtverečného metru a představuje až 12 % tělesné váhy. Základní jednotkou kůže je buňka. Tloušťka jednotlivých vrstev kůže se liší dle specifické části těla. Kůže působí klidně, avšak zaznamenává nepřetržitě různé vjemy a hostí na svém povrchu, čilou, i když neviditelnou populaci drobných mikroorganismů. Kůže se obdivuhodně přizpůsobuje nejrůznějším funkcím. Při větší námaze ztvrdne, ale také může změnit tvar. A protože reaguje i na nejjemnější dotyky, stává se také orgánem komunikace.

Kůže (cutis) se skládá z pokožky (epidermis), škáry (dermis) a podkožního tukovéhooi vaziva (tela subcutanea). Ke kůži také patří kožní adnexy, neboli přídatné kožní orgány, přesněji žlázy (glandulae), dále vlasy (capilli) a nehty (unguis).

Obecně se kůže dělí na tenkou ochlupenou, jež pokrývá většinu tělního povrchu a silnou neochlupenou, vyskytující se především na dlaních, ploskách a flexorové straně prstů. Na samotném rozhraní povrchu kůže a vnějšího prostředí se rozprostírá tzv. kožní film mající funkci ochranou i estetickou. Je tvořen produkty mazových žláz, potních žláz a olupujícími se a rozpadajícími částmi rohové vrstvy. Základní součástí tohoto filmu jsou lipidy. Jeho pH je slabě kyselé (4,5-5).

## 1.2 Fyziologie kůže

Kůže má funkci ochranou. Chrání organismus před vlivy mechanickými, chemickými, tepelnými a radiačními. Tvoří bariéru proti choroboplodným zárodkům, prachu, vodě, proti škodlivým paprskům UV záření, vylučuje odpadové látky a také má absorpční funkci, je zvláště propustná pro látky rozpuštěné v tucích. Účastní se termoregulace. Kůže má svou úlohu ve vodním hospodaření organismu, má velkou reparační schopnost a zásobní funkci, produkuje vitamin D3 a také předává vjemy mozku (dotyk, bolest, chlad, teplo).

## 2 PSORIÁSA



Odborný název psoriáza je odvozen z řečtiny (psora znamená svědění, šupina).

V češtině se užívá výraz lupénka odvozený od olupování šupinek na povrchu ložisek. Psoriáza je jednou z nejčastějších kožních chorob. Řadí se mezi dermatózy neznámé etiologie a je definována z různých hledisek. Je to chronická, zánětlivá, neinfekční kožní choroba s typickým chronicky stacionárním či akutně exantemickým průběhem. Psoriáza je orgánově specifické, geneticky podmíněné, autoimunní onemocnění, vznikající na podkladě chronické aktivace Th1 lymfocytů v kožních projevech a synoviální membráně kloubů. Onemocnění je charakterizované hyperproliferativními změnami v oblasti kůže, kštice, nehtů a kloubů. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje fyzické, psychické a sociální aspekty kvality života jedince. Jedná se o chorobu velmi rozmanitou v klinických projevech a formách, ve kterých se vyskytuje (Novotný, 2002).

U těžkých případů psoriázy mohou být kromě kloubů postiženy také různé vnitřní orgány, jako svaly, mízní uzliny, játra, slezina, ledviny, střevní trakt aj. Psoriáza tedy není pouze onemocněním kůže, nýbrž celého organismu, přesto projevy na kůži jsou vždy markantní. Ke zdravotním a sociálním komplikacím vede především těžký průběh a formy psoriasis omezující soběstačnost, práce schopnost a jiné.

## 2.1 Příčina vzniku psoriázy

Příčiny psoriázy nejsou dosud zcela přesně známy. Přesto se psoriáza považuje za chorobu autoimunitní. Klíčovým dějem pro vznik psoriázy je aktivace T lymfocytů. Předpokládám, že dědičnost a faktory vnitřního i zevního prostředí v tomto procesu sehrávají určitou úlohu. Dochází k aktivaci dalších složek imunitního systému a ve výsledku vzniká kožní zánět.

*„Kožní buňky se zmnoží, zrychlí se jejich růst, dojde k poruše rohování. Normální kožní buňka vyzraje a na povrch kůže se dostane za cca 28 dnů, zatímco u psoriázy je to již za 4 dny, tedy 7x rychleji. Tyto buňky nejsou vyzrálé, pevněji lpějí na kožním povrchu a odlučují se pomaleji než u zdravé kůže. Výsledkem jsou pak typická ostře ohraničená sytě červená ložiska se stříbřitými šupinami.“ (Benáková, 2003, s. 13)*

Na psoriázu lze pohlížet jako na integrovanou odpověď organismu v důsledku dysbalance v síti buněčných typů a humorálních mediátorů, jejichž rovnováha slouží v kůži k zachování homeostázy.

Zhruba u 30 % nemocných se prokázaly dědičné faktory, kdy psoriázou trpí někdo z jejich příbuzných. Nedědí se však choroba, ale pouze sklon k chorobě, tudíž se toto onemocnění u daného jedince nemusí vůbec zjevně projevit. Pokud však na jedince působí provokační faktory v příslušně

intenzitě, onemocnění může propuknout a stát se viditelné (Benáková, 2003).

### 2.1.1 Vnitřní faktory

#### *Infekce, záněty*

Pro mladší osoby představují riziko streptokokové angíny, pro starší osoby jsou to virové nákazy z nachlazení postihující nejčastěji horní dýchací cesty.

*„Studie v Manchesteru ve Velké Británii ukázaly, že dvě z pěti dětí, které onemocněli gutátní lupénkou, měly v nedávné době streptokokovou infekci.“* (Bower, 1998, s. 31)

Dále mezi rizikové faktory řadíme záněty močového ústrojí, gynekologické, gastrointestinální, zubní a kloubní záněty.

*Psychické vlivy* Psychické vlivy neboli duševní stres se řadí hned na druhé místo po infekčních faktorech.

Stres může vést k prvnímu výsevu psoriázy, k jejímu zhoršení nebo k přetrvávání, a to i navzdory odpovídající léčbě. Psychickou zátěží rozumíme každodenní stres jako nezaměstnanost, pracovní vytíženost, problémy v rodině, zkoušky, také je to samotné onemocnění, které podporuje psychickou rozladěnost, či těžké životní situace jako náhlé úmrtí v rodině, úrazy, operace, náhlé neštěstí. Uvedla jsem pro příklad jen stručný výčet stresujících situací, je jich ovšem mnohem více.

#### *Hormonální změny*

Hormonální změny se taktéž určitou měrou podílejí na vzniku psoriatických projevů. K prvním projevům psoriázy často dochází v pubertě, u dívek se častěji vyskytuje o dva roky dříve než u chlapců, nejspíš je to způsobeno tím, že děvčata pohlavně dozrávají dříve než chlapci. Dále se psoriáza objevuje i v době klimakteria. Menstruace často projevy psoriázy zhoršuje, naopak u gravidních žen psoriáza většinou ustupuje. Psoriáza se také může vyskytnout v souvislosti s užíváním hormonální antikoncepce.

12

#### *Klima a sezóna*

Ke zhoršení psoriázy často dochází na podzim a na jaře. Naopak v létě dochází ke zlepšení průběhu onemocnění, což může být vysvětleno působením slunečního záření, které je u určitých forem a v určitých stádiích choroby velice prospěšné.

#### *Léky*

Léky také řadíme do popředí nejčastějších spouštěcích mechanismů psoriázy. Někdy je obtížné rozhodnout, zda příčinou vypuknutí psoriázy je lék, nebo choroba, pro kterou byl lék

ordinován. Mezi rizikové medikamenty řadíme antimalarika, soli zlata,  $\beta$ -blokátory, blokátory vápníkových kanálů, soli lithia, antibiotika (penicilinová a tetracyklinová), ženské hormony (Agofollin, Progesteron), sulfonamidová a pyrimidinová chemoterapeutika, nesteroidní antiflogistika, vazodilatancia, hypnotika a další.

#### *Životospráva*

Špatný životní styl ovlivňuje nejen vznik onemocnění, ale také výrazně ovlivňuje průběh celého onemocnění po celý život. Negativním vlivem je nadměrný přísun alkoholu, nadměrný příjem červeného masa, uzenin, cukrů, přejídání související s obezitou, kouření, nedostatek spánku, odpočinku, relaxace a mnoho dalších.

#### *Vnitřní choroby*

*„Psoriáza má horší průběh a častěji svědí při diabetes mellitus, dně, obezitě, hypertenzi, ateroskleróze a jaterních chorobách. Psoriázu podporuje hypokalcemie. Často se sdružuje s morbus Crohn, přičemž pojítkem může být autoimunita.“* (Novotný, 2002, s. 47)

### **2.1.2 Zevní faktory**

Odhalit samotný spouštějící faktor psoriázy není jednoduché, jak vnitřních, tak zevních spouštějících mechanismů je mnoho a mohou se vzájemně potencovat. Zevním provokujícím faktorem může být cokoliv, co způsobí traumatizaci kůže.

Jedná se například o škrábnutí, říznutí, kousnutí, očkování, injekce, tetování, otlaky, popálení, podráždění chemikáliemi atd.

Typickým příkladem je *Köbnerův fenomén*, neboli dráždivý účinek, který vzniká po traumatizaci kůže. U psoriatika se primární nespecifický zánět po 2 - 3 týdnech změní v typicky psoriatickou eflorescenci, jež přetrvává a popřípadě se šíří do okolí. Ovšem nejen traumatizace, ale také jiné kožní dermatózy, jako například pásový opar, lékový exantém, ekzém, akné a další se během několika málo týdnů mohou přetransformovat do psoriázy (Novotný, 2002).

### 3 Výskyt psoriázy

Údaje o výskytu psoriázy v jednotlivých zemích jsou různé. Primárním rozhodujícím faktorem je lidská rasa a geografická poloha. U čistokrevných jihoamerických Indiánů a u Eskymáků se psoriáza vůbec nevyskytuje. Důvodem může být kromě genetické odlišnosti jiný životní způsob, čisté, nestresující prostředí a správná výživa. Ve vzestupném sledu je psoriázou postižena rasa rudá, černá, žlutá a bílá (Benáková, 2003). *„Středoevropské a severoamerické bílé obyvatelstvo trpí zjevně psoriázou asi ve 2 – 3 %, možná i více, protože mnozí psoriatici s minimálními projevy nenavštíví po celý život lékaře, takže unikají statistice. Novější údaj z Francie říká, že psoriázou trpí*

až 4,7 % populace. Poslední údaje se SRN mluví dokonce o 6 % postižení v některých regionech. Incidence psoriázy se blíží incidenci DM. U obyvatel severovýchodních, zvláště skandinávských krajin nebo v polárních oblastech Asie se výskyt psoriázy zvyšuje, snad díky nedostatku slunečního záření nebo i chladnému podnebí. Možná zde hraje roli nedostatek vitamínu D. Výjimkou jsou zmínění Eskymáci. Extrémním příkladem jsou Faerské ostrovy u Norského moře, kde se udává prevalence mezi obyvatelstvem nad 13 %.“ (Novotný, 2003, s. 11)

V ČR trpí psoriázou přibližně 2 % populace. V USA je bílé obyvatelstvo postiženo psoriázou mnohem více než černé, v některých oblastech je výskyt onemocnění až 4,6 %.

Na jihozápadním kontinentu Afriky se psoriáza téměř nevyskytuje, zatímco na severovýchodě je incidence výskytu psoriázy stejná jako v Evropě. Australští domorodci takřka psoriázu neznají. (Benáková 2003)

Výskyt psoriázy u mužů a u žen je téměř stejný, přesto postupně jsou tímto onemocněním častěji postiženy ženy. Vznik onemocnění je možný v každém věku.

„První výskyt psoriázy v dětském věku a v období dospívání má dva vrcholy: menší kolem 9. roku a větší kolem 16. roku. V celkovém pohledu na věk psoriatiků má začátek psoriázy nejvyšší statický vrchol mezi 16. a 20. rokem věku (typ I) a druhý, mnohem menší vrchol mezi 45. a 55. rokem věku (typ II). Prognóza průběhu psoriázy u mladých osob je vždy závažnější než u starších jedinců s pozdním nástupem psoriázy.“ (Novotný, 2003, s. 13)

U dívek zaznamenáváme dřívější výskyt onemocnění než u chlapců, což je zřejmě dáno dřívějším pohlavním dozráváním. Výjimku může tvořit vznik psoriázy v kojeneckém věku.

15

### 3.1 Formy psoriázy

Existuje celá řada forem lupénky. Lokalizace projevů na těle jsou různé. Nejčastěji se vyskytuje forma ložisková, vulgární (latinsky psoriasis vulgaris = lupénka obecná), a to až u 80 % pacientů.

#### *Psoriasis vulgaris*

Psoriasis vulgaris se projevuje ohraničenými vyvýšenými ložisky červené či růžové barvy, různé velikosti, od kapky až po geografické plochy, které jsou kryty suchými silnými stříbřitými šupinami, které po škrabání odskakují, podobně jako šupiny vosku. Odškrabávání šupin může narušit kapiláry a dojde k tečkovitému krvácení. Tento jev se nazývá *Auspitzův fenomén*. Někdy je kolem ložisek patrný světlý lem tzv. *Woronoffova zóna*. Po zhojení mohou určitou dobu přetrvávat světlejší skvrny (psoriatický leukoderm), nebo naopak tmavší pigmentované skvrny (hyperpigmentace).

Predilekční lokalizací chronické psoriasis vulgaris jsou místa vystavená střídavému tlaku, a

to kolena, bérce, lokty, křížová krajina a kštica. Na těchto místech se pokožka rychleji obnovuje.

Vulgární psoriázu lze členit podle dynamiky na akutní, chronickou lokalizovanou, či generalizovanou. Podle tvaru a velikosti ložisek se dále člení. Léze mohou být bodovité (psoriasis punctata), mohou být vázány na folikuly (psoriasis follicularis), kapkovité (psoriasis guttata). Papuly se mohou šířit do periferie či splývat v mincovitá, nebo také penízková ložiska (psoriasis nummularis), či rozsáhlé mapovité plochy (psoriasis geographica) až po postižení celého kožního povrchu (psoriasis erythrodermica) (Benáková, Ettlér, Štork et al., 2007).

#### *Psoriasis inverza*

Při psoriasis inverza jsou postiženy oblasti kožních záhybů. Jsou to místa v podpaží, tříselech, pod prsy, za ušními boltci, kolem pupečního důlku apod. Ložiska jsou zánětlivá, červená, ale vzhledem k tomu, že v těchto oblastech dochází k většímu tření, nebývají obvykle šupinatá. Pokaždé je nutné vyloučit účast kvasinek nebo plísní.

#### *Psoriasis guttae*

Název pochází z latinského slova gutta, což v překladu znamená kapka. Jedná se o akutně exantemickou formu s výsevem kapkovitých projevů po celém těle. Často se jedná o první manifestaci lupénky v dětství a mladém věku, často po prodělané streptokokové nákaze. Nejčastěji je lokalizována na trupu.

16

#### *Psoriasis erythrodermica*

Tato forma psoriázy tvoří méně než 3 % případů psoriázy. Je to velmi závažná forma lupénky. Kůže je červená a olupuje se. Postihuje celý či skoro celý kožní povrch. Nemocný je ohrožen poruchou termoregulace, ztrátou proteinů, minerálů a vody.

#### *Fotosenzitivní psoriáza*

Fotosenzitivní psoriáza je provokována sluněním, může se však jednat pouze o akutní výsev vulgární psoriázy.

#### *Psoriasis pustulóza localisata*

Častěji se tato forma vyskytuje u dospělých. Postihuje především dlaně a plosky nohou. Objevuje se ve formě puchýřků, vyplněných hnisem, nejprve je obsah bílý, později se barva mění na žlutohnědou. Puchýřky jsou bolestivé a odolávají léčbě. Tato forma hraničí s projevy ekzému.

#### *Psoriasis unguium*

Touto formou lupénky trpí nejčastěji lidé ve 40. roku života. Nehty mohou být dolíčkované, rozvolněné, ztlustělé, mohou se také drobit a vykazovat změnu barvy.

#### *Psoriasis mocosae*

Psoriasis mucosae je řídkým nálezem, dutina ústní je postižena vzácně, zejména v souvislosti s pustulózní psoriázou. Genitál vykazuje přítomnost kožních projevů psoriázy asi ve 2 % případů, může být i jedinou manifestací psoriázy. Vyskytuje se častěji u dětí než u dospělých.

*„Napkin“ psoriasis“*

Napkin psoriasis neboli plenková lupenka se objevuje u malých dětí v místě kontaktu s plenou. Může se rozšířit na další oblasti dětského těla. Diskutuje se, zda tato forma vůbec patří k lupence.

*Psoriatická artropatie*

*„Asi u 6 procent postižených lupenkou se vyvine psoriatická artritida, onemocnění kloubů, které způsobuje jejich ztuhnutí, bolestivost a zánět. Od jiných forem artritid se liší lokalizací postižených kloubů. U psoriatické formy typicky oteče celý prst ruky nebo nohy spíše než jen jeden kloub, ale většinou je postižena jen jedna skupina kloubů. Obvykle bývají postižené ruce (zvláště klouby posledních článků prstů), nohy, záda a krk. Destrukce kostí se u kloubní lupénky objevuje dříve než u jiných druhů artritid.“ (Bower, 1998, s. 23, 24)*

17

□

Nemocní s těžkou formou psoriázy a nemocní s psoriázou nehtů jsou více náchylní ke vzniku psoriatické artritidy. Artritida se diagnostuje pomocí anamnézy, klinického vyšetření, laboratorních testů a zobrazovacích metod. Léčíme samotnou psoriázu. Navíc se podávají nesteroidní antirevmatika. Při mírném postižení většinou stačí fyzioterapie, cvičení a protizánětlivé léky.

## 4 Léčba psoriázy

Psoriáza je choroba léčitelná, ne však vyléčitelná, ale správně zvolenou léčbou a dodržováním preventivních opatření můžeme docílit zhojení či značného zlepšení projevů.

Základním principem léčby je individualizace a komplexnost (pravidelná, správná léčba, pečlivá péče o kůži, prevence). Důležitým předpokladem pro léčbu je vytvoření vzájemné důvěry mezi nemocným a zdravotním personálem, edukace, zohlednění celkového zdravotního stavu, sociálních, psychologických a ekonomických vlivů. Cílem léčby je dostat chorobu pod kontrolu, snížit rozsah postižení, dosáhnout a držet dlouhodobou remisi a zlepšit kvalitu života. Strategii volby vedení léčby stanovujeme na základě diagnostiky, a to anamnézy, fyzikálního vyšetření, popřípadě kožní biopsie, také se může provádět laboratorní vyšetření při celkové a kloubní symptomatologii. Dále zohledňujeme pacientovo přání a možnosti. Je nutné si uvědomit, že dobrý terapeutický výsledek není založen jen na účinku zvoleného léčebného postupu, ale i na dobré spolupráci nemocného. Léčba musí být flexibilní, individuální, jednoduše řečeno taková, která je pro nemocného účinná a bezpečná.

Podle typu použitých léčiv se léčba rozlišuje na zevní, zde jsou zařazeny masti, krémy, mléka, roztoky, šampony, koupele apod., dále na světloléčbu a léčbu celkovou, která zahrnuje léky podávané ústy a injekčně. U většiny nemocných postačuje zevní terapie, v těžších případech



nastupuje světloléčba a popřípadě i léčba celková.

## 4.1 Zevní léčba

Lokální léčiva byla a jsou pilířem dermatologické léčby a nejinak je tomu u psoriázy. Jsou základem pro léčbu mírné a středně těžké psoriázy a doplněním léčby celkové u těžké psoriázy. Lze je používat samostatně, ale vhodná jsou především v kombinacích. K dispozici máme širokou řadu lokálních preparátů. Protože je léčba dlouhodobá a nástup zásadnějšího efektu trvá několik týdnů, zvažujeme při jejich volbě jak účinnost a bezpečnost, tak i kosmetickou přijatelnost. Opět zde zdůrazňuji nutnost spolupráce mezi nemocným a zdravotním personálem a vyzdvihuji tu edukační úlohu lékaře i sestry.

19

V lokální terapii psoriázy máme k dispozici řadu extern. Zevní léky se vyrábějí v různých formách, používají se masti, krémy, pasty, mléka, roztoky, gely, pěny, oleje, pudry, hydrokoloidní obvazy, léčebné šampony, koupele a další. Volba těchto léků závisí na formě a stádiu psoriázy, lokalizaci a rozsahu psoriázy a na individuální toleranci léčiva.

Pro léčbu chronické psoriázy se používají především léky nehormonální povahy odvozené od vitamínu A a vitamínu D, dále pak cignolin.

### *Deriváty vitamínu D3*

Deriváty vitamínu D3 jsou bezpečné, nepáchnou a nebarví. Potlačují proliferaci keratinocytů. Neměly by se používat na citlivé partie, bezprostředně před sluněním či fototerapií. Jsou vhodné u středně těžké, chronické ložiskové psoriázy. Současně by se neměly používat přípravky obsahující kyselinu salicylovou, která inaktivuje účinek derivátu D3 vitamínu.

### *Deriváty vitamínu A*

Deriváty vitamínu A tzv. retinoidy mají účinky proliferativní a protizánětlivé. Neměly by je používat gravidní a kojící matky, opět je nutné sledovat citlivé partie. Jsou vhodné u středně těžké ložiskové psoriázy.

### *Cignolin*

Cignolin je klasický účinný lék používány již téměř 100 let. Jeho účinnou látkou je chrysoarobin. Využívá se především v denních stacionářích a při hospitalizaci. Má antiproliferativní účinky. Je relativně bezpečný, avšak jeho nevýhodou je, že barví kůži, oblečení, páchne, je nevhodný na citlivé partie. Lze ho aplikovat formou minutové léčby. Při jeho aplikaci může dojít k přechodnému zarudnutí pokožky.

## *Dehty*

Dehty tlumí dělení kožních buněk a jejich olupování. Vyrábějí se ve formě mastí, měkkých past, šamponů a koupelí. Jsou bezpečné, zmírňují svědění, zánět, snižují tlusté nánosy šupin na psoriatických projevech. Jejich nevýhodou je, že špiní. Čištěné formy dehtu jsou vzhledově přijatelnější, avšak ne tak účinné.

Kamenouhelný dehet nachází své uplatnění za hospitalizace v kombinaci s fototerapií.

20

## *Ichtamol*

Ichtamol není dehet v pravém slova smyslu, jedná se o olej organického původu. Má účinky antiflogistické, antiproliferativní, antipruriginózní, antimikrobiální a derivační. Je vhodný k léčbě středně těžké až těžké psoriázy.

## *Zevní kortikosteroidy*

Zevní kortikosteroidy jsou léky odvozené od tělu vlastního hormonu kůry nadledvin. Ze stávajících léků mají nejsilnější protizánětlivé účinky, ale lze je používat pouze na přechodnou dobu. Jsou vhodné u všech forem psoriázy, zvláště pak v počátečních zánětlivých fázích. Nutné je věnovat pozornost citlivým partiím. Při dlouhodobé léčbě se může vyskytnout řada nežádoucích účinků.

## **4.2 Podpůrná péče o psoriatickou kůži**

Důležitá je i podpůrná péče o psoriatickou kůži. Šupiny můžeme odstranit pomocí přípravků obsahujících kyselinu salicylovou, ureu, a kyselinu mléčnou v kombinaci s použitím šamponu a vhodné koupele. Chronická ložiska lze ošetřovat radikálně a při odstranění šupin můžeme použít kartáček, naopak zánětlivé výsevy vyžadují opatrné ošetřování a je nezbytné vyhnout se tlaku a tření. Místně aplikujeme mléka, krémy, pěny a tekuté pudry.

Podpůrné léčebné prostředky, jako jsou koupele či promazávací masti, jsou prospěšné, přinášejí úlevu, ale málokdy jsou dostatečně silné, aby samostatně vedly ke zhojení psoriázy. Proto je zapotřebí je kombinovat s účinnými látkami. Obecně se označují jako emoliencia. Kůži změkčují, zvláčňují, obnovují kožní bariéru, upravují pH kůže, hydratují, regenerují, obecně slouží k udržení integrity kůže. K mytí a koupelím jsou zvláště vhodná koupelová emoliencia. Jedná se o speciální olejové přípravky. Postiženou kůži nejen umyjí, ale také promastí a zklidní (Peňázová, 2007).

### 4.2.1 Balneoterapie

Termín balneoterapie se používá pro dva odlišné pojmy, jednak pro koupelovou léčbu, ale i lázeňskou. K využití jsou možné koupele solné, minerální, olejové (parafinové, arašídové, slunečnicové, sojové, olivové, mandlové), dehtové a ichtamololové, bylinné, antiseptické, sirné a další. Pomáhá i čistá teplá voda, jež má význam před mazáním a ozařováním.

21

Koupelové přísady mají podle svého složení lokálně léčebné účinky. Totéž platí o mytí vlasů různými léčivými šampony nebo o sprchování některými tekutými mýdly. Koupel také způsobuje relaxaci a pozitivně působí na psychiku. Při volbě druhu léčebné balneoterapie je nutné brát zřetel na formu a stádium psoriázy. Rozhoduje teplota a délka koupele a koncentrace přísad (Benáková, 2009).

Izolovaná balneoterapie bez zevní terapie či fototerapie má u psoriázy jen malý efekt. Její uplatnění nacházíme především v kombinované léčbě, potencuje účinky fototerapie a zevní terapie.

### 4.2.2 Fototerapie

Světloléčba dosahuje příznivých výsledků u 80 – 90 % nemocných s psoriázou. Fototerapie má účinky proliferativní a zasahuje patologický proces vzniku psoriázy. Světloléčba se indikuje tehdy, je-li zevní léčba jen málo efektivní a přesahuje-li postižení nad 30 % tělesného povrchu. Nutným předpokladem před ozařováním je odborné určení typu kůže, neboť každá kůže reaguje jinak na sluneční záření. Pro každého konkrétního jedince lékař určí časovou expozici, intervaly a stanový léčebné kombinace. Samoobsluha ve slunění je pro nemocného velice nebezpečná. Nekontrolované slunění a ozařování zvyšuje výskyt rakovinových ložisek na kůži.

Celotělové zářiče mají podobu kabin, paravanů a jednoho či oboustranných lůžek. Mimo celotělových zářičů jsou však vyráběny i lokální zářiče, které umožňují cílenou fototerapii nejvíce postižených lokalit. V posledních desetiletích se stále více uplatňuje umělá fototerapie, která využívá UV paprsky spektra UVA a UVB. Spektrum UVC se nepoužívá, jelikož je škodlivé. Kromě světloléčby UV světlem se mohou také využívat jiné fyzikální metody. Jsou méně často používané, patří sem například rentgenové ozáření, lasery, biolampy či interferenční proudy. Pro léčbu lupénky je nejúčinnější úzkospektré UVB světlo o vlnové délce 311 nm.

Ke zlepšení průniku ultrafialového světla se UVB světloléčba kombinuje s léčebnými koupelemi, zevní léčbou, nejčastěji cignolinem, dehtem, deriváty vit. D a retinoidy. Využívá se metoda SUB. Jedná se o léčbu spektrem mezi složkami UV- A a UV - B záření. Samotné paprsky UVA nejsou pro psoriázu účinné, proto se využívá PUVA světloléčba.

PUVA je metoda v léčbě psoriázy velice účinná, má však určitá rizika (stárnutí kůže, vznik neoplázií, katarakty, hepatopatie nebo přechodné GIT potíže), a proto se používá u rozsáhlých těžkých forem, nesmí se kombinovat s dehty a je nevhodná pro těhotné ženy a děti postižené psoriázou. Nemocný dostane 1 – 2 hodiny před ozářením UVA spektrem tabletu psoralenu, kterou polkne. Méně často se psoraleny používají ve formě roztoku, krému či fóliové koupele. Psoraleny jsou látky zcitlivující kůži vůči UV záření a nemocný je nucen chránit se před slunečním zářením použitím slunečních brýlí.

Obecně světloléčba není vhodná při akutním stádiu psoriázy, kapkovité psoriáze, nesnášenlivosti UV světla, při používání látek zcitlivujících kůži vůči UV záření, při kožních nádorech, infekčních chorobách, těžkých srdečních, cévních a metabolických onemocněních, při epilepsii, duševních chorobách, drogové závislosti, klaustrofobii aj. I když u většiny psoriatiků se po slunění či fototerapii stav zlepšuje, odhaduje se, že až u 10 % pacientů se stav nelepší, někdy se dokonce zhorší.

### 4.3 Celková léčba

*„Rozumíme tím léky ve formě tablet, roztoku či injekcí, které se tedy užívají vnitřně, celkově, systémově. Vzhledem k jejich nežádoucím účinkům se předepisují jen u těžších případů, nereagujících na zevní léčbu a světloléčbu. Před jejich nasazením se vždy zvažuje poměr rizik ku prospěchu léčby. Kromě toho vždy lékař napřed zjišťuje laboratorním a eventuálně interním vyšetřením, zda konkrétní pacient tyto léky vůbec může užívat a zda je schopen spolupracovat. Tedy přesně dodržovat lékařské pokyny, chodit na pravidelné lékařské a laboratorní kontroly. Jinak lék nelze předepsat.“* (Benáková, 2003, s. 72) Léky ordinuje zkušený dermatolog, v současnosti jsou na trhu schválené léky, mezi něž patří Cyklosporin A, Metotrexat, a Acitrein. Každý z nich je vhodný na jiný typ či fázi psoriázy.

#### *Cyklosporin A*

Cyklosporin A je lék patřící mezi imunosupresiva. V době užívání nesmí nemocný docházet na fototerapii, slunit se, hrozilo by riziko vzniku kožních nádorů a užívat některé léky. Tento lék je dobře použitelný pro navození rychlé remise u psoriázy, není však vhodný pro dlouhodobou udržovací léčbu. Jeho hlavní funkcí je útlum T-lymfocytů.

### *Acitrein*

Acitrein je lék odvozený od vitamínu A, tzv. retinoid, který patří k celkovým lékům i pro dlouhodobou udržovací léčbu. Upravuje abnormální rohovění u psoriázy. Lék se užívá po jídle, nebo se zapíjí mlékem, aby došlo k správnému vstřebání léku. Samotný vitamin A v bezpečných dávkách nemá na léčbu lupénky žádný účinek. Často se Acitrein používá v kombinaci se světloléčbou. Ženy během užívání léku a ještě 2 roky po vysazení musejí užívat bezpečnou antikoncepci, protože lék poškozuje plod během nitroděložního vývoje.

### *Metotrexat*

Metotrexat je antimetabolit, jež blokuje růst buněk a má protizánětlivé účinky. Je určen k dlouhodobé cytostatické léčbě, která tlumí projevy lupénky. Tak jako při užívání Cyklosporinu A by se nemocný měl během užívání vyvarovat slunění, fototerapii a užívání některých léků. Je to velmi účinný lék, značně toxický, podává-li se dlouho nebo příliš často. Problémem všech stávajících léků je jejich kumulativní toxicita, lékové interakce, nežádoucí účinky a míra účinnosti při dlouhodobém podávání, což výrazně omezuje jejich použití pro dlouhodobé udržení psoriázy v remisi. Pro nejtěžší pacienty, kde uvedená léčba není dostatečná nebo ji nemocný špatně snáší, jsou k dispozici biologika.

### *Biologika*

Biologika jsou léky, které i při dlouhodobém působení jsou bezpečné a dlouhodobě účinné. Dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že biologika mají podstatně méně nežádoucích účinků než stávající celkové léky a na rozdíl od nich nevykazují známky lékových interakcí ani rizik kumulativního toxického působení při dlouhodobém podávání. Biologika pro léčbu psoriázy jsou biotechnologicky vyráběné celkové léky cíleně modifikující biologickou odpověď na molekulární úrovni. Tedy cíleně zasahují do patogenetického pochodu vzniku psoriázy. Tyto léky jsou také účinné při autoimunním onemocnění kloubů a při Crohnově chorobě. Podávají se pouze injekčně, a to dlouhodobě. Kontraindikací k podání biologik je gravidita a kojení, alergie na lék, aktivní septické infekce, maligní onemocnění, prekancerózy, dekompenzovaná a závažná onemocnění a jiné (Tichý, Ditrichová, 2007).

## **4.4 Podpůrné a alternativní prostředky v léčbě psoriázy**

Alternativní prostředky nemohou nahradit klasické léky, ale mohou je doplňovat. Účinnost

alternativních prostředků nedosahuje účinnosti standardních ani podpůrných léků na psoriázu, avšak mají tyto metody určité opodstatnění. Většinou nenesou riziko nežádoucích reakcí a přinášejí dobré efekty, především psychoterapeutické. Každé jiné léčebné metody je důležité prodiskutovat s ošetřujícím lékařem. Přírodní terapie dosáhla v posledních letech obrovské popularity. Patří sem metody, zvláště známe svojí historickou tradicí. Výsledek používání alternativních metod je individuální.

*„Dvě třetiny lidí dotazovaných v jednom britském zdravotním středisku přírodní medicíny odpověděly, že již dosáhly určitého zlepšení pomocí přírodní terapie. A ti, kteří léčebné metodě důvěřovali, patřili k těm nejúspěšnějším.“ (Bower, 1998, s. 64)*

### *Fyzikální metody*

Mezi fyzikální metody řadíme například rentgenové ozáření, kauterizaci, aplikaci interferenčních proudů a další, které mohou působit podpůrně při léčbě psoriázy.

### *Neuropatie*

Neuropatie používá pestrou směsici terapie, která je založená na dietách, homeopatii, léčbě rostlinami a bylinami, dále hydroterapii, tělesném a mentálním cvičení. Je zde kladen důraz na tělesný pohyb, zdravou výživu a pozitivní myšlení.

### *Klimatoterapie*

Užití slunečního světla, minerálních pramenů a na minerály bohatého bahna k léčení dosáhla jednoho z nejpřesvědčivějších a nejdéle trvajících úspěchů při léčbě lupénky. Mrtvé moře obsahuje desetinásobné množství solí ve srovnání s jinými moři. Je to nejnižší místo na Zemi. Leží 400 metrů pod úrovní moře. Voda z Mrtvého moře se velice rychle odpařuje. Vytváří to opar, který poskytuje přirozený filtr slunečním paprskům UVB spektra, která jsou pro léčbu lupénky nejužitečnější. Vzduch v oblasti Mrtvého moře je také bohatší na kyslík, ve vzduchu nejsou žádné alergeny a nečistoty.

Velmi nízká vlhkost vzduchu zvyšuje metabolickou aktivitu organismu, což lidem dodává pocit svěžesti a síly. Léčba bahnem se zdá být zvláště přínosná pro nemocné s psoriatickou

artritidou. Pobyt u moře má také zvláště psychologický přínos. Spočívá v tom, že se lidé setkávají s jinými stejně postiženými a chápanými lidmi. Většina nemocných pozoruje viditelné zlepšení onemocnění již po tří až čtyřtýdenním pobytu.

### *Meditace*

Meditace prohlubuje relaxaci a umožní na chvíli zpomalit činnost mysli, aby se zotavila z vlivu každodenních zmatků.

### *Vizualizace*

Technika vizualizace vychází z předpokladu, že představivost má moc aktivovat samo ozdravné schopnosti organismu. Nemocní si například představují, jak se procházejí po pláži a teplý vánek odnáší šupiny pryč.

### *Hypnóza*

Hypnóza je mocným léčivým nástrojem, je-li prováděna zkušeným odborníkem.

*„Studium hypnózy zjistilo, že stresem podmíněné choroby zvládá hypnóza rychleji, ale také jsou důkazy pro to, že to není ani tolik výsledkem vlivu sugescí, ale spíše účinkem hluboké relaxace, která snižuje hladinu úzkosti.“* (Bower, 1998, s. 100)

### *Arteterapie*

Arteterapie umožňuje vyjádřit skryté negativní pocity pomocí malby, tance, hudby, divadla a podobně.

### *Aromaterapie*

Aromaterapie využívá esenciální oleje z aromatických rostlin k uvolnění organismu a k navození samo ozdravného procesu. Pro léčbu lupénky je zvláště užitečný olej z obilných klíčků aplikovaný na kůži. Zmírňuje svědění a zánět. Levandulový olej v koupeli zklidňuje zánět a uvolňuje psychické napětí. Bergamot působí na stres, úzkost, využívá se k posílení sebedůvěry.

26

Olej ze santalového dřeva má příznivé účinky na suchou a šupící se kůži, heřmánek je známý svými protizánětlivými účinky a cedrové dřevo, taktéž prospívá kůži.

### *Akupunktura*

Akupunktura od zkušeného lékaře může být také u některých jedinců prospěšná. Tato metoda je založena na víře v energii, jež proudí nejen tělem, ale i samotným vesmírem. Léčba spočívá v napichování akupunkturních bodů tenkými jehlami, čímž dochází k obnovení průtoku energie tělem. Podobnou metodou je akupresura či reflexologie, která namísto jehel využívá prsty a ruce k vyvinutí tlaku na určité místo.

### *Homeopatie*

Dosud nebyl podán vědecký důkaz o účinnosti homeopatik.

*„Homeopaté věří, že podáním minimálního množství substance, která by v normálních dávkách způsobila příznaky, jež chtějí léčit, navodí v organismu vlastní obranné mechanismy neboli „vitální sílu“. Homeopatické léky se vyrábějí z „matečné tinktury“, která vzniká macerací rostlin, nerostných látek a kovů v alkoholu.“ (Bower 1998, s. 108)*

Potom se opakovaně ředí ve vodě a energeticky potřepává, nakonec se tekutina převede do formy pilulek přidáním cukru a škrobu.

### *Dietní potření*

Neexistují objektivní důkazy o prospěšnosti speciálních diet či škodlivosti určitých potravin vzhledem k psoriáze. Přece jen můžeme předpokládat, že na průběh psoriázy má negativní vliv alkohol a kouření. Většina doporučení se kryje se zásadami zdravé racionální výživy. Doporučuje se strava jako u jaterní či žlučnickové diety. Omezení konzumace masa, cukrů a případně suplementace nenasycených mastných kyselin. Důležitou součástí prevence je i dostatečný tělesný pohyb.

Dodržování diety je vhodné zejména u chronické psoriázy spojené s obezitou, cukrovkou, dnou, chorobami jater, žlučníku a trávicího ústrojí, při alkoholismu, kloubních potížích, akné. Při akutním výsevu je zvláště doporučena nedráždivá strava, omezující ostrá jídla. Obecně se vylučují vysokokalorická jídla (tučné uzeniny, sádlo, ořechy, tvrdé sýry, smetana, konzervy, kachna, husa apod.), moučná, cukernatá, včetně cukrářských výrobků, sladké kompoty, džusy. Omezuje se kuchyňská sůl, nedoporučuje se pití alkoholických nápojů, sladké limonády a minerální vody, která obsahuje velké množství lithia, dále se omezuje pití kávy, černého čaje, u svědivých výsevů se navíc vylučují kyselá, kořeněná a ostrá jídla. Naproti tomu dáváme přednost tmavému celozrnnému



pečivu, rýži, krupici, nudlím. Vhodné jsou různé druhy zeleniny, bílé maso, sója, rostlinné tuky, houby, nízkotučné potraviny. Z nápojů jsou to bylinné čaje, známé svými zklidňujícími, protizánětlivými a hojícími účinky, a dále minerální vody s vyšším obsahem železa.

Z potravinových doplňků se užívá rybí tuk, resp. 3 a 6 omega mastné kyseliny, nebo rostlinné nenasycené mastné kyseliny, jako jsou extrakty z brutnáku, pupalky. U nich bylo prokázáno, že vnitřní užívání není účinnější než zevní, tj. ve formě olejů, mastí, krémů.

Dále pak fosfolipidy, např. lecitin získaný se sóji. Dále olej ze žraločích jater, australský Emu olej, z minerálů pro vnitřní užití je zvláště vhodný hořčík, vápník a zinek. Z vitamínů je prospěšný vitamín A- zpomaluje rychlost buněčného dělení, komplex vitamínu B- zvyšuje obranu orgánu proti poškození stresem, vitamin D, acidum folikum, vitamin C. Dodávání v tabletách má příznivé účinky. Je však nutný odborný dohled.

Existuje velké množství alternativních prostředků, na závěr zmíním ještě léčbu vlastní močí, zevní přípravky z kobyliho mléka, pití kobyliho mléka, Švédské kapky, koupele v pekařském droždí, henu na vlasy, žen-šen, propolis apod.

## **5 Kazuistika**

### **Ošetrovatelský proces**

#### **Identifikační údaje**

**Jméno a Příjmení:** XX

**Datum narození:** 3.7. 1985

**Vzdělání:** Střední

#### **Vitální funkce**

**TK:** 140/60

**P:** 60

**TT:** 36,7

**Výška:** 162 cm

**Váha:** 58 kg

**Pohyblivost:** Soběstačná

## **Anamnéza**

### **Rodinná anamnéza:**

Matka: netrpí žádnou chronickou nemocí

Otec: zemřel při autonehodě

### **Osobní anamnéza:**

Žádné překonané a chronické onemocnění. V dětství běžné nemoci. Žádné úrazy.

Alergie na náplast. Očkování běžné.

**Léky:** pouze antikoncepce

29

### **Abúzy:**

Alkohol: občas

Kouření: 0

Káva: 3krát denně

Léky: 0

Jiné drogy: 0

### **Gynekologická anamnéza**

**Menarché:** od 13let

**Cyklus:** pravidelný

**Intenzita, bolesti:** střední

**Antikoncepce:** ano

**Samovyšetřování prsou:** ano

**Poslední gynekologická prohlídka:** před měsícem

### **Sociální anamnéza**

**Stav:** svobodná

**Bytové podmínky:** obývá byt s rodiči

**Vztahy, role, interakce v rodině:** v pořádku

**mimo rodinu:** v pořádku

**Záliby:** čtení, inline brusle, golf, procházky, plavání, cestování

**Volnočasové aktivity:** brusle, golf, procházky

### **Pracovní anamnéza**

**Vzdělání:** střední

**Pracovní zařazení:** v kanceláři

**Vztahy na pracovišti:** dobré

**Ekonomické podmínky:** dobré

30

### **Posouzení současného stavu**

#### **Hlava a krk**

**Subjektivně:** Občas mě pobolívá hlava, ale žádné prášky neužívám

**Objektivně:** Neurologie negativní, sklery bílé, spojivky růžové, jazyk vlhký, dutina ústní a hrdlo klidné, uzliny nezvětšeny

#### **Hrudník a dýchací systém**

**Subjektivně:** Dýchá se mi bez problémů

**Objektivně.** Štítná žláza nezvětšená, uzliny nehmatné, souměrný poklep plic, dýchání sklípkové, čisté

#### **Srdcovocévní systém**

**Subjektivně:** Nemám žádné problémy

**Objektivně:** Akce srdeční pravidelná, bez šelestu, pulzace bez periferie

### **Břicho a GIT**

**Subjektivně:** Jím malé porce často, dodržuji zdravou stravu, s vyprazdňováním nemám problémy, chodím pravidelně každé ráno

**Objektivně:** Poklep nebolestivý, játra nezvětšená, slezina nehmatná

### **Močovopohlavní systém**

**Subjektivně:** Nemám bolesti při močení, nechodím často

**Objektivně:** Barva moči jantarově žlutá bez zápachu, genitál BPN

### **Kostrosvalový systém**

**Subjektivně:** Na nic si nemohu stěžovat, chodím hodně cvičit a protahuji se

**Objektivně:** Bez deformit, končetiny symetrické, chůze normální

### **Nervovou smyslový systém**

**Subjektivně:** Myslím, že mi nic není

**Objektivně:** Orientovaná, při vědomí, spolupracuje, reflexy přítomné čich, sluch, hmat, zrak BPN.

31

### **Endokrinní systém**

**Subjektivně:** Nevím o ničem

**Objektivně:** štítná žláza nezvětšená, diabetes nemá

### **Kůže a její adnexa**

**Subjektivně:** Celý život jsem byla v pořádku, až teď se mi udělala lupénka

**Objektivně:** Barva kůže růžová, narušená akorát v axilách, lehké začervenání, šupinaté skvrny, nehty, vlasy upravené

### **Stravování**

**Subjektivně:** Jím pravidelně, malé porce ale často. Snažím se dodržovat zdravou a dělenou stravu. Ráda jím ovoce, zeleninu, ráda piji mléko.

**Objektivně:** Postava normální, přiměřená

### **Příjem tekutin**

**Subjektivně:** Dodržuji pitný režim, denně vypiji 2,5 l až 3 l

**Objektivně:** Kožní turgor přiměřený, otoky nemá

### **Spánek a bdění**

**Subjektivně:** Špatně spím, často se budím, před usnutím se převaluji, trápí mě má nemoc

**Objektivně:** Pacientka je unavená, bez nálady, kruhy pod očima nemá

### **Aktivita a odpočinek**

**Subjektivně:** Odpočívám aktivně, jezdím na bruslích, chodím na procházky

**Objektivně:** Rovné držení těla, svalový turgor odpovídá životnímu stylu

### **Hygiena**

**Subjektivně:** Sprchuji se 2krát denně, ráno a večer, vlasy si myji ob den, pokaždé koupání se namažu mlékem

**Objektivně:** Pacientka je schopna zajistit si hygienu sama

32

### **Vědomí**

**Subjektivně:** Připadám si v pořádku

**Objektivně:** Pacientka má jasné a plné vědomí, řečový kontakt je dobrý, reaguje přiměřeně na kladené otázky

### **Orientace**

**Subjektivně:** Víím, kdo jsem a kde jsem

**Objektivně:** Orientovaná v čase, prostoru, místě, situaci a osobě

### **Nálada**

**Subjektivně:** Není mi zrovna do zpěvu, změnil se mi celý život a nevím, co bude dál

**Objektivně:** Je bázlivá, pesimistická, spolupracuje

### **Paměť**

**Subjektivně:** Nepociťuji žádné problémy s pamětí

**Objektivně:** Reaguje dobře na otázky z daleké i bližší minulosti

### **Myšlení**

**Subjektivně:** S myšlením nemám problém

**Objektivně:** Převládá logické myšlení, reaguje bez problémů

### **Sebehodnocení**

**Subjektivně:** Teď zrovna se sebou nejsem moc spokojená

**Objektivně:** Pacientka má k sobě negativní postoj

### **Reakce na onemocnění**

**Subjektivně:** Byla jsem dost v šoku, myslel jsem, že je to alergie a že to zmizí

**Objektivně:** Snaží se spolupracovat

### **Adaptace na onemocnění**

**Subjektivně:** Nejsem s tím srovnaná, jsem z toho celkem mimo

**Objektivně:** Neadaptovala se na onemocnění

33

### **Projevy jistoty a nejistoty**

**Subjektivně:** Mám strach, co bude

**Objektivně:** Pacientka je úzkostlivá a vyděšená

### **Komunikace**

**Subjektivně:** Verbální: Nemá problémy s komunikací

Neverbální: Bez rukou se nedomluví

**Objektivně:** Přiměřená, zrakový kontakt udržuje, své pocity, vyjadřuje hlavně mimikou

## **5.1 Ošetřovatelské diagnózy**

**1** Obraz těla porušený z důvodu základního kožního onemocnění, projevující se skrýváním

**postižených tělesných partií negativními pocity nad vlastním tělem**

**2 Strach ze zhoršení choroby z důvodu neúspěšné a selhávající ambulantní léčby, projevující se zvýšeným psychickým napětím**

**3 Spánek porušený z důvodu psychické lability, projevující se obtížným usínáním, vícečetným probouzením a přemítáním o svém současném životě**

**4 Adaptace porušená z důvodu chronického kožního onemocnění, projevující se pocity zvýšené pozornosti okolí vůči jejímu tělu a sníženou tolerancí k psychickému stresu**

Diagnózy byly vypracovány podle Kapesního průvodce sestry a seřazeny dle priorit pacientky.

34

**Obraz těla porušený z důvodu základního kožního onemocnění, projevující se skrýváním postižených tělesných partií negativními pocity nad vlastním tělem**

Priorita: střední

Cíle:

Zahrnutí změny obrazu těla do sebepojetí realistickým způsobem bez pocitů méněcennosti – do měsíce

Hledání informací a aktivní úsilí o překonání problémů – do týdne

Pochopení tělesných změn – do čtyř dnů

Výsledná kritéria:

Pacient otevřeně diskutuje o svých pocitech a vzhledu.

Pacient popíše, jaké má negativní pocity nad vlastním tělem.

#### Intervence:

Posuď psychický vliv nemoci na pacientův emoční stav/sestra

Vybídni pacienta, aby popsal sám sebe včetně svých pozitivních a negativních stránek/sestra

Posuď současnou úroveň adaptace a pokroku/sestra

Doporuč vhodné podpůrné skupiny/sestra

#### Realizace:

8.30 hod. Rozhovor s obsahem zaměřeným na přijetí a sebereflexi základního kožního onemocnění a pokusit se o přijetí role pacienta v maximální možné míře.

9.00 hod. Respektovat stud nemocného.

9.00 hod. Zajistit intimitu pacientky při ošetřování projevů.

#### Hodnocení:

Přetrvávají negativní pocity nad vlastním tělem. Cíl byl částečně splněn. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává.

35

### **Strach ze zhoršení choroby z důvodu neúspěšné a selhávající ambulantní léčby, projevující se zvýšeným psychickým napětím**

Priorita: střední

#### Cíle:

Pacientka si uvědomuje příčiny strachu do 24 hod.

Pochopit strach a jeho příčinu, diskutovat o něm, umět odlišit zdravý strach od nezdravého.

Pacientka se do dvou týdnů naučí techniky zvládnání strachu.

#### Výsledná kritéria:

Pacientka reálně zhodnotí danou situaci i všechny okolnosti.

Pacientka dovede popsat strach ze zhoršení projevů lupénky.

#### Intervence:

Pobízej pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity/sestra



Uznej užitečnost strachu v péči o vlastní osobu a přiměřenou komunikací s pacientem se jej snažte eliminovat a zmírnit/sestra

Dejte najevo, že pacientka je tím, kdo je odpovědný za řešení a posilujte jeho smysl pro kontrolu nad věcmi/sestra

#### Realizace:

9.30 hod. Pacientce byla nabídnuta konzultace s psychoterapeutem a možnost zapojit se aktivně do činnosti psychoterapeutické skupiny.

9.45 hod. Byla zdůrazněna účinnost komplexní léčby moderní léčby psoriázy s použitím efektivní biologické léčby.

10.00 hod. Nabídnuto zvážení možnosti psychofarmakologické intervence po konzultaci s ošetřujícím lékařem.

#### Hodnocení:

Cíle nebylo dosaženo. Přetrvává strach zhoršování choroby. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává.

36

**Spánek porušený z důvodu psychické lability, projevující se obtížným usínáním, vícečetným probouzením a přemítáním o svém současném životě.**

Priorita: střední

Cíle:

Zlepšení spánku a odpočinku – do týdne.

Zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti – do 6 dnů.

Pacientka má do dvou týdnů fyziologický spánek.

Pacientka spí celou noc bez probuzení – do týdne.

Výsledná kritéria.

Pacientka chápe příčiny, které způsobují poruchy spánku.

Pacientka ví o možnosti požádat o léky na spaní.

Pacientka nespí během dne.

Intervence:

Sleduj průměrnou délku spánku pacientky/sestra

Neruš zbytečně spánek pacientky/sestra

Umožni pacientce pře spaním činnosti, na které je zvyklý/sestra

Realizace:

18.00 hod. Pacientka má vyvětraný pokoj.

18.15 hod. Pacientka byla seznámena a s dodržováním spánkové hygieny (maximálně 5-6 hod. před spánkem požívat kávu, čaj, čokoládu, lehká večeře, omezení alkoholu, fyzická aktivita nejdéle 4 hod. před usnutím).

Hodnocení:

Cíl zcela splněn, pacientka spí lépe, budí se méně často.

37

### **Adaptace porušená z důvodu chronického kožního onemocnění, projevující se pocity zvýšené pozornosti okolí vůči jejímu tělu a sníženou tolerancí k psychickému stresu**

Priorita: střední

Cíle:

Schopnost převzít odpovědnost za osobní potřeby, pokud je to možné – do týdne.

Zahájení změn životního stylu, které umožní adaptaci na současnou životní situaci – do týdne.

Rozpoznání stresových situací, vedoucích k porušené adaptaci a nalezení cesty jak je řešit – do jednoho měsíce

Nalezení a využívání vhodných podpůrných systémů – do dvou měsíců

Výsledná kritéria:

Pacientka vyjmenuje stresové situace, při kterých vykazuje známky porušené adaptace.

Pacientka zvládá stresové situace

Pacientka projevuje zvýšené sebevědomí a sebeúctu

Pacientka se aktivně zapojuje do společenského života (např. Sdružení psoriaticů)

#### Intervence:

Vyslechněte pacientku a zjistěte její náhled na neschopnost přizpůsobit se současné situaci/sestra

Nepřehledně projevy emocí, signalizující zhoršenou přizpůsobivost pacientky/sestra

Proberte s pacientkou různé životní situace a změny rolí, z nichž jsou patrné její schopnosti a dovednosti/sestra

Využijte terapeutické komunikační dovednosti (aktivní naslouchání, uznání)/sestra

Během každodenní péče si povšimněte frustrace nemocného a pomozte mu s řešením problémů/sestra

38

#### Realizace:

9:30 hod. Snaha o odstranění nebo zmírnění příznaků maladaptace vyřešením jejich příčiny nebo zaujetím neutrálního postoje vůči nim

9:45 hod. Smířit se s neuspokojivou a frustrující situací

10:00 hod. Snaha o posílení kritičnosti, soudnosti a rozumové složky, osobnosti

10:30 hod. Informovat pacientku o Sdružení psoriaticů a umožnit jí s ním kontakt

#### Hodnocení:

Psychické potíže plynoucí z maladaptace a nepříjetá role pacienta jsou trvalé a jsou fixovány ve struktuře introvertní osobnosti se sklonem k pesimismu. Pacientka nemá zájem uvedené problémy řešit s pomocí psychologa či psychoterapeuta. Cíle nebylo dosaženo. Ošetrovatelská diagnóza přetrvává.

#### **Potencionální diagnóza:**

**Riziko vzniku infekce z důvodu rozškrábání postižených míst**

### **5. 1. 1 CELKOVÉ SHRNU TÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Pacientka je seznámena se svým onemocněním a ví, jaké faktory psoriázu ovlivňují a zhoršují. Stanovení intervencí a cílů bylo částečně efektivní. U ošetrovatelské diagnózy obraz těla porušený se podařilo cíle splnit jen částečně. U zbývajících diagnóz cíle nebylo dosaženo. Ve všech uvedených aktuálních diagnózách se odráží pacientky psychický stav. Podle jejího vlastního názoru a přesvědčení se s kožní chorobou nikdy nevyrovná, pro svou introvertní povahu pacientka dále nechce řešit své psychické problémy za pomoci psychologa či psychoterapeuta

39

## 5.2 Doporučení pro praxi

Psoriáza významně ovlivňuje kvalitu života pacienta. V žebříčku negativního ovlivnění života se nachází hned za depresemi, na obdobné úrovni jako revmatoidní artritida, vysoký krevní tlak a srdeční choroby. Je to choroba viditelná a svým způsobem hendikepující.

Kdysi bývala psoriáza považována za prudce nakažlivou. Ostatní se takových lidí stranili, často před nimi utíkali a mnohdy je i zavírali. Ačkoli není psoriáza infekční onemocnění, většina lidí se kontaktu s nemocnými úzkostně vyhýbá. Značně to souvisí se skutečností, že choroba navenek nepůsobí esteticky. Postižený mívá potíže nejen tělesné – svědění, bolestivost, praskání kůže, bolesti kloubů, poruchy spánku, ale i psychické, sociální a ekonomické. Psoriáza lidi paralyzuje, omezuje kontakt s okolím, budí deprese a pocity méněcennosti. Člověk s psoriázou se i v těch největších horkách halí do dlouhých rukávu, aby nebylo nic poznat, a když se má před někým svléknout, propadá studu. To trápí především ženy. Mnohé z nich, zejména mladší, se zoufale svěřují, že nenávidí vlastní tělo, a to hlavně v období vhodném ke slunění a koupání.

Vinu na těchto pocitech má z velké části samotné okolí, které se nemocných s psoriázou straní, štítí se jich třeba i dotknout a nemoc považují za nechutnou. Psoriáza není nakažlivá, ale společnost mnohdy tyto lidi diskriminuje a oni mají potíže s uplatněním v zaměstnání i v partnerských vztazích. Pro dobré výsledky terapie je důležitá změna postoje k nemoci, smíření se osudem a dodržování naordinované léčby.

Pacientům s lupenkou se doporučuje dodržovat zdravý životní styl. Důležitá je domácí podpurná léčba, která přináší úlevu od svědění a sníží nánosy šupin. Správná vlhkost vzduchu doma i v práci, nutnou prevencí je dostatečný příjem tekutin.

Každý pacient, který má toto onemocnění musí dodržovat šetrnou hygienu, pravidelnou a dosti

značnou aplikaci promašťujících látek, vyhýbat se kouření a alkoholu. Velmi podstatnou roli hraje také psychika, která bývá tímto viditelným onemocněním podstatně narušena.

40

Dále bychom se tomu to tématu chtěli věnovat, například přednáškami na základních školách. V našem okolí se lupenka vyskytuje často, a sami pozorujeme nepříznivé reakce některých školních dětí. Myslíme si, že mají málo informací, co to vlastně lupenka je, a díky tomu dochází pro některé z nás k nepříjemným situacím.

Setkali jsme se několikrát, že se dítě štítilo druhého, které bylo postižené lupenkou. Proto jsme se rozhodli v budoucnu vypracovat edukační plán pro předškolní a školní děti. Aby věděli co to lupenka je, co obnáší, jak se léčí a rádi bychom je vyvedli z omylu, že je nakažlivá.

**Závěr**

Jak toto onemocnění ovlivňuje kvalitu života nemocných lupénkou? Zde se nám nabízí také otázka, jak hodnotí kvalitu života každý z nás a co je pro nás v tomto ohledu důležité s přihlédnutím na typ a lokalizaci lupénky? K posílení či udržení kvality života má nemocný možnost spolu s lékařem konzultovat a vytvářet harmonogram své léčby se zohledněním všech aspektů při výběru léčby, tak aby zvolená léčba byla pro nemocného co nejpohodlnější, nejpříjemnější a nejvíce efektivní, čímž je přihlíženo k finančním možnostem, sociální a rodinné situaci. Z obsahu teoretické práce a z kazuistiky je zřejmé, že část pacientů pocítuje určité omezení, jež se týká osobního, pracovního a především společenského života.

Jako problém zde vidíme vztahy mezi společnostmi a jedinci nemocnými psoriázou, z čehož pramení psychické potíže. I přesto, že většina nemocných má oporu ve svých blízkých, v široké společnosti tomu tak není. Bylo by dobré více prozkoumat a zaměřit se na tyto vztahy a zjistit povědomí společnosti o tomto onemocnění. Zdravotničtí pracovníci mohou přispět ke zkvalitnění života nemocného tím, že nemocnému poskytnou úplné informace o onemocnění, poradí, jaké zaměstnání a koníčky je vhodné preferovat a naopak, kterým se vyhnout atd.

## **Použitá literatura**

ARENBERGER, P. 1999. *Dermatologie – Eikosanoidy u psoriázy*. 1. vyd. Praha : Czechopress agency, s. r. o., 1999. 79 s. ISBN 80-902632-0-8.

ARENBERGER, P.; JÍROVÁ, M. 2001. *Mediátory v kůži*. 1. vyd. Praha : Czechopress agency, s. r.

o., 2001. 87 s. ISBN 80-902632-3-2.

ARENBERGER, P. Psoriasis vulgaris. In *Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184, 2007, roč. 9, č. 5, s. 501-506.

BENÁKOVÁ, N. 2003. *Lupénka v otázkách a odpovědích – příručka pro pacienty*. Praha : Triton, 2003. 128 s. ISBN 80-7254-392-X.

BENÁKOVÁ, N. 2009. *Ekzémy a dermatitidy*. 2. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 184 s. ISBN 978-80-7345-177-6.

BENÁKOVÁ, N.; ETTLER, K.; ŠTORK J. et al. 2007. *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha : Triton, 2007. 190 s. ISBN 978- 80-7254-966-5.

BOWER, H. 1998. *Přírodní cestou – Lupénka*. 1. vyd. Frýdek Místek : ALPRESS, s. r. o., 1998. 144 s. ISBN 80-7218-148-3.

DROZENOVÁ, H. Lupénka. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2008, roč. 2, č. 3, s. 121-125.

ELIŠKOVÁ, M.; NAŇKA, O. 2006. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X .

HŮLKOVÁ, M. Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění – vliv na kvalitu života a léčbu. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2008, roč. 2, č. 3, s. 150-152.

JUŘENÍKOVÁ, P.; HŮSKOVÁ, J. 1998. *Diety při onemocnění lupénkou*. Praha : Sdružení MAC, 1998. 32 s. ISBN 80-86015-35-1.

NOVOTNÝ, F. 2002. *Psoriáza: aktuální pohledy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 144 s. ISBN 80-247-0313-0.

PEŇÁZOVÁ, V. Lupénka. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2007, roč. 1, č. 4, s. 184-187.

PETYOVSKÁ, M. Biologika v léčbě psoriázy. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 4, s. 53-54.

SEMRÁDOVÁ, V. Přehled terapeutických postupů u psoriázy. In *Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184, 2004, roč. 6, č. 3, s. 326-330.43

SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

ŠEDO VÁ, L.; ŠTOLFA, J. Biologická léčba psoriatické artritidy. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2007, roč. 1, č. 1, s. 31-35.

TICHÝ, M.; DITRICO VÁ, D. Biologika v léčbě těžkých forem psoriázy. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-2960, 2007, roč. 1, č. 1, s. 19-21.

TIMUL'ÁK, L. 2006. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.

VAŠKŮ, V. Některé etiopatogenetické aspekty psoriázy. In *Postgraduální medicína*. ISSN 1212–4184, 2004, roč. 6, č. 3, s. 323-325.

ZÁHEJSKÝ, J. Bariérová funkce kůže z pohledu klinické praxe. In *Dermatologie pro praxi*. ISSN 1802-296, 2007, roč. 1, č. 1, s. 22-24.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A - Čestné prohlášení**

**Příloha B – Foto ruka se psoriásis**

**Příloha C – Foto dolní končetina se psoriásis**



## **Příloha A**

### **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji že veškeré informace o pacientce k mé práci, jsem nashromáždila během odborné praxe ve 2. a 3. ročníku.

## **Příloha B**

Foto ruka s psoriasis|



Autor: Ivana Černá

## **Příloha C**

Foto dolní končetina s psoriasis



**Autor: Ivana Černá**