

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S REVMATOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

TEREZA TLUSTÁ

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA
S REVMATOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

TEREZA TLUSTÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Marie Šiková

Praha 2017



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Tlustá Tereza
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 25. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s revmatologickým onemocněním

Nursing Care of Patient with Rheumatic Diseases

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marie Šiková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21.3 2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Marii Šikové za odborné vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Jahodové za odborné konzultace.

ABSTRAKT

TLUSTÁ, Tereza. *Ošetrovatelský proces u pacienta s revmatologickým onemocněním* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Marie Šiková. Praha. 2017. 55 s.

Bakalářská práce byla zpracována na téma ošetrovatelský proces u pacienta s revmatologickým onemocněním. Z mnoha diagnóz revmatologie byla vybrána polyarteriitis nodosa, která spadá mimo jiné pod vaskulitidy středních cév. Teoretická část zahrnuje úvod do revmatologie, klinický obraz, diagnostiku, při které byla popsána i některá základní vyšetření, jako například biopsie kůže či arteriografie, terapie a možné komplikace onemocnění, především riziko vzniku defektů. Dále zahrnuje popis jedné z hlavních obtíží, která provází celou revmatologii a to bolest, jak z medicínského pohledu, tak z pohledu ošetrovatelského. Teoretická část obsahuje také edukaci pacienta, která je součástí každodenní aktivity vykonávané u pacienta, nejen na lůžkovém oddělení, ale také na odborných ambulancích. V praktické části je zpracován ošetrovatelský proces u pacientky s polyarteriitis nodosa, jež je opakovaně přijímána na lůžkové oddělení Revmatologického ústavu. Byly zde stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle aktuální NANDA I taxonomie II a stanoven ošetrovatelský plán u pacientky.

Klíčová slova

Bolest. Cytostatika. Defekty. Ošetrování ran. Polyarteriitis nodosa. Revmatologie. Vaskulitida.

ABSTRACT

TLUSTÁ, Tereza. *Název práce v angličtině*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Marie Šiková. Prague. 2017. 55 pages.

The bachelor thesis disserts on the topic of nursing process of a patient with rheumatology disease. A narrower subject - polyarteriitis nodosa, that among others files into the vasculitis of middle vessels – was selected from various types of rheumatology diagnosis. The theoretical part of the thesis contains the introduction to rheumatology, clinical picture, diagnosis with description of some basic examination (skin biopsy or arteriography), therapy and various complications, particularly the risk of defects inception. Furthermore, this part describes one of the main difficulties that exist in rheumatology – the pain. Not only from the medical point of view but also from nursing one. The theoretical part also contains the education of a patient that is an inevitable part of everyday activity not only at the inpatient department but also at specialist emergency rooms/ consulting rooms. The practical part of the thesis focuses on the case of a patient suffering from polyarteriitis nodosa who is repeatedly hospitalized at the Institute of Rheumatology. The treatment diagnosis were set in accordance with current NANDA I taxonomy II followed by the treatment plan for the patient

Key words

Cytotoxic agents. Defects. Pain. Polyarteriitis nodosa. Rheumatology. Vasculitis. Wound treatment.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY REVMATOLOGIE	16
1.1 SHRUTÍ.....	16
1.2 BOLEST V REVMATOLOGII	17
1.2.1 HODNOCENÍ BOLESTI V REVMATOLOGII.....	18
1.2.2 LÉČBA BOLESTI V REVMATOLOGII	20
1.2.3 NEUROPATICKÁ BOLEST V REVMATOLOGII.....	21
1.2.4 SHRUTÍ	22
1.3 EDUKACE V REVMATOLOGII	23
1.4 REHABILITACE V REVMATOLOGII.....	25
2 VASKULITIDY	27
2.1.1 PATOGENEZE.....	27
2.1.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	28
2.1.3 KLASIFIKACE	28
2.1.4 VYŠETŘENÍ.....	29
2.2 VASKULITIDY STŘEDNÍCH CÉV – POLYARTERITIS NODOSA.....	29
2.2.1 KLINICKÝ OBRAZ.....	30
2.2.2 DIAGNOSTIKA.....	31
2.2.3 TERAPIE.....	33
2.2.4 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ.....	34
2.2.5 ROZDÍLNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	34
2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY U ONEMOCNĚNÍ - DEFEKTY	35
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S POLYARTERITIS NODOSA	40
3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	41

3.2	ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU.....	42
3.3	NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ.....	42
3.4	ANAMNÉZA.....	43
3.5	FYZIKÁLNÍ ANAMNÉZA.....	45
3.6	UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.....	46
3.7	MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	50
3.8	SITUAČNÍ ANALÝZA.....	53
3.9	STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	53
3.10	ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	54
3.11	SHRNUTÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	64
3.12	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
	PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ATB	antibiotika
CIK	odber krve na cirkulující imunokomplexy
DK	dolní končetina
HbsAg	odber krve na hepatitidy
HCV	odber krve na hepatitidy
HK	horní končetina
HSP	Henochova-Shönleinova purpura
NANDA	North American for Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace sester pro ošetrovatelské diagnózy)
PAN	polyarteriitis nodosa
PŽK	periferní žilní katétr
RA	revmatoidní artritida
RHB	rehabilitace
RTG	rentgen
RZ	ranní ztuhlost
SS	systemová sklerodermie
TEP	totální endoprotéza
TK	krevní tlak
VAS	vizuální analogová škála

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adjuvantní	doplňující, pomocná, podpůrná terapie
Antikonvulziva	skupina léčiv využívaná při léčbě epilepsie
Ekchymóza	skvrnitovité krvácení do kůže
Intravenózní	způsob aplikace do krevního oběhu
Nociceptivní	podnět vyvolávající somatickou či viscerální bolest
Petechie	drobné krevní výrony do kůže

(VOKURKA a kol., 2010)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní edukační okruhy	25
Tabulka 2 Skupina polyarteriitis nodosa	30
Tabulka 3 Biochemické výsledky	50
Tabulka 4 Krevní obraz a koagulační vyšetření	51
Tabulka 5 Moč chemicky a močový sediment	51

ÚVOD

V posledních letech mají revmatická onemocnění v populaci spíše stupňující charakter a i přes moderní techniky a novodobé poznatky v medicíně, nedokážeme tyto choroby, které postihují především pohybový aparát, zcela vyléčit. Obor revmatologie, který se oddělil od interní medicíny, se zabývá diagnostikou léčbou a výzkumem těchto chorob a neustále se vyvíjí. Již Hippokrates popsal první známky revmatických onemocnění. Samotné slovo revma pochází z latinského *rhoema* což lze přeložit jako *něco, co teče*. Slovo revma, je doposud využívané širokou veřejností v případech, kdy laici mluví například o bolesti v oblasti kolenních kloubů.

Vaskulitidy, jako jedno z revmatologických onemocnění jsou ve většině případů diagnostikovány a léčeny právě na revmatologických odděleních, avšak nejen tam. Dalším místem, kde můžeme pacienty s vaskulitidou najít, je oddělení nefrologie, neboť u tohoto onemocnění může docházet k rozsáhlému poškození ledvin. V dnešní době, ať už na revmatologii či jiném oddělení, nejsou vaskulitidy ničím neznámým, přesto však není tato diagnóza zcela prozkoumána a příčina jejího vzniku je často velmi nejasná. Jedno je ale jisté: jedná se o chronické onemocnění, které ani v této době není možné zcela vyléčit.

Pokud začneme vyhledávat odborné publikace k tomuto tématu, dostaneme do ruky většinou pouze medicínský přehled, ale ani jednu knihu, která by byla zaměřena na ošetřování pacientů s touto diagnózou. Přitom přístup všeobecných sester a nelékařských zdravotníků hraje velkou roli. Nejen, že se při tomto onemocnění setkáváme s pacienty, kteří trpí chronickou bolestí, ale často jsou tito lidé také postiženi nejen v oblasti fyzické, ale i psychické a sociální. Velkým rizikem u tohoto onemocnění je tvorba rozsáhlých defektů, které mnohdy nejdou vyléčit a mohou pacienty invalidizovat a vyčleňovat ze společenského života. Pokud vaskulitida postihne ženy v produktivním věku, vzniká zde riziko neplodnosti, neboť jedním z terapeutických přístupů je léčba cyklofosfamidovými infuzemi, které ohrožují mimo jiné i reprodukční systém ženy. Je proto nutné brát pacienty jako holistický celek tj. i s jejich psychologickým prožíváním. Neméně důležitá je i role všeobecné sestry jako edukátorky, především dojde-li u pacienta ke vzniku již výše zmiňovaných defektů.

Tato bakalářská práce je jen mírným přiblížením této problematiky, neboť její vysoká odbornost spadá spíše do medicínského oboru. Přesto se domníváme, že by měly mít všeobecné sestry větší přehled o této diagnóze, aby pak lépe pochopily své pacienty, kteří mohou tímto onemocněním trpět.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byl stanoven následující cíl:

Cíl 1: výstižně popsat na základě dohledaných informací základní onemocnění, včetně potenciálních rizik, kterými trpí pacientka, jejíž kazuistika je popsána v praktické části

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: zpracovat kazuistiku dle 13domén ošetrovatelského procesu – rozšířená M.Gordon

Cíl 2: zhodnotit a rozpracovat ošetrovatelské diagnózy na základě ošetrovatelských diagnóz dle NANDA I taxonomie II

Vstupní literatura:

OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ, 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2455-6

OLEJÁROVÁ, Marta, 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4

PAVELKA, Karel, Jiří, VENCOVSKÝ, 2000. *Terapie nejčastějších revmatických onemocnění na začátku nového milénia*. Praha: Medivize. ISBN 80-238-6660-5

Popis rešeršní strategie

Pro tvorbu bakalářské práce na téma Ošetrovatelský proces u pacienta s revmatologickým onemocněním byly využity publikace z knihovny Revmatologického ústavu, které byly vyhledávány v období od listopadu 2016 března 2017 a to i ve spolupráci s Národní lékařskou knihovnou v Praze a z databáze Medvik. Pro zahraniční literaturu byla využívána databáze MEDLINE. K tvorbě bakalářské práce bylo využito deset odborných publikací, osm odborných článků, dva internetové zdroje, jeden standard oddělení a skripta k tvorbě bakalářské práce. Při dohledávání ISSN u odborných článků v případech, kdy chyběly, bylo využito databáze Medvik. Hlavním kritériem pro zařazení publikace a odborných článků byla odborně-tematická shoda se zadaným tématem a s klíčovými slovy. Rešerše byla také doplněna o osobní vyhledávání publikací skrze knihovnu Revmatologického ústavu tak, aby výsledné kritérium bylo relevantní se zadaným tématem a klíčovými slovy.

1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY REVMATOLOGIE

„Revmatická onemocnění patří k nejčastějším chorobám i nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti a invalidity na celém světě“ (OLEJÁROVÁ, 2011, str.7) Mezi revmatologické choroby spadají různé diagnózy, ať už zánětlivé, nezápětlivé nebo metabolické a jejich obecné rozšíření se postupně se stárnutím populace ve vyspělých zemích zvyšuje. Zároveň se také rok od roku zvyšují možnosti bazální a klinické medicíny i léčby revmatických chorob. Při práci na revmatologii spolupracuje celý funkční tým pracovníků: od sanitářů, ošetrovatelek, zdravotnických asistentů, všeobecných sester, až po odborné lékaře, fyzioterapeuty a pracovníky specializující se na ergoterapii. Podíl všeobecné sestry na péči o pacienta je značný. Péče o pacienta zahrnuje především oblast fyzickou a funkční, ale také bere v potaz stránku psychickou a sociální. Diagnostický, terapeutický a ošetrovatelský plán vzniká a prolíná se napříč celým týmem. Během celého procesu lékař ani všeobecná sestra nesmí opomenout přání a potřeby pacienta, který je během pobytu na lůžkovém oddělení zahrnut do plánu péče a může se na něm do určité míry podílet (OLEJÁROVÁ, 2011).

Revmatologie sama od sebe vychází z interní medicíny a věnuje se diagnostice a léčbě nemocí pohybového ústrojí a zabývá se studiem a výzkumem těchto chorob. Prudký rozvoj zaznamenala v polovině minulého století a v dnešní době je již chápána i její autoimunitní podstata a mezioborové souvislosti.

1.1 SHRNUÍ

Při každodenní ošetrovatelské péči na revmatologii pracují všeobecné sestry s pacienty, kteří mají ve většině případů velmi zhoršenou mobilitu, ať už trpí chronickou bolestí nebo ztuhlostí kloubů, která je sice v literatuře uváděna jako tzv. *ranní ztuhlost*, ale velmi často trvá nejen několik minut, ale celé hodiny a ve výjimečných případech celý den.

Všeobecná sestra při práci na revmatologii musí být schopna samostatně posoudit a odhadnout mobilitu pacienta nejen při vzniklém problému, ale také v blízké budoucnosti. Revmatologický ústav je samostatná instituce, ve které jsou lékaři schopni provést mnoho odborných vyšetření, ale na mnohé jsou pacienti odesíláni mimo

budovu, což je jeden příklad toho, kdy sestra musí zvládnout zhodnotit schopnost pacienta připravit se na převoz, zhodnotit časové rozmezí, které bude pacient potřebovat apod.

Tím, že revmatologie není oborem akutní medicíny, ale oborem ve kterém dochází u pacientů často ke vzniku autoimunitních onemocnění a těmito onemocněními trpí pacienti celý život, setkávají se všeobecné sestry s pacienty opakovaně. Velkou výhodou je, že díky tomu dokáží vidět výsledky své práce, mohou se kriticky zamyslet nad ošetrovatelskou péčí a při dalším pobytu pacienta zkusit případně zvolit jiný přístup. Jednou z výhod je také možnost spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými, neboť je pracovníci velmi často osobně znají.

Každý pracovník na revmatologii by měl být dostatečně vzdělaný. Podmínkou pro práci na tomto oddělení je úspěšné ukončení adaptačního procesu, při kterém všeobecná sestra musí prokázat znalosti ze specifik ošetrovatelské péče na tomto oddělení. Mezi tato specifika spadá bolest, především chronická a fenomén edukace. Při edukaci se všeobecná sestra zaměřuje na péči o kůži, především v letních měsících, riziko vzniku pádu, podávání léků a bolest.

1.2 BOLEST V REVMATOLOGII

„Revmatické choroby jsou nejčastější příčinou chronických bolestí, utrpení a omezení fyzických schopností u lidí.“ (ŠLÉGLOVÁ, 2012, str.22) .

Pokud má bolest status akutní, jedná se o bolest, která má ochrannou funkci pro tělo, ale ve chvílích, kdy přejde do statusu bolesti chronické, přestává se uplatňovat funkce ochranná a začne způsobovat tělesné, duševní i sociální soužení. V revmatologii je bolest jedním z hlavních ukazatelů a symptomů. Postihuje nejen osoby starší, ale všechny věkové skupiny. Není to jen symptom, ale také vodítko k tomu, aby lékař mohl stanovit diagnózu.

I přesto, že se bolest může zdát jednotvárnou, opak je pravdou. Pokud se zkoumá, je možné zjistit, že se liší u jednotlivých onemocnění a zevrubné zkoumání může přivést lékaře ke správné diagnóze. Bolest je parametrem, který zhoršuje celkový život pacientů s revmatologickou diagnózou, obzvláště je-li pak ve spojení s únavou, slabostí, ztuhlostí a depresivitou. V klinické praxi je tento

důležitý determinant velmi často špatně léčen a jak lékaři, tak zdravotnickým personálem bývá podceňován. Jedná se však o jeden z nejdůležitějších subjektivních indikátorů, které pacient hodnotí. Bolest je vždy subjektivním pocitem a pokud chceme provádět kvalitně ošetrovatelskou péči, musíme si pamatovat, že pokud pacient uvádí pocity bolesti, bolest existuje (ROKYTA, 2012).

Zdravotníci Revmatologického ústavu se setkávají na lůžkových odděleních i odborných ambulancích s pacienty kteří mají různé diagnózy: od méně závažných, až k těm, které ovlivní jejich život po všech stránkách. Jedno však mají tito lidé společné a to bolest, která ve většině případů přejde do chronicity. Chronická bolest je bolest, která trvá bez dlouhodobého přerušení více jak 3-6měsíců a déle. K bolesti s označením chronická lze zařadit i bolest, která svou dobou překračuje hranici, jež je obvyklá pro dané onemocnění. Mezi ně řadíme například: bolesti dolních zad, bolesti po operaci páteře, revmatoidní artritidu, osteoporózu, fibromyalgie a další. Mezi typické příznaky chronické bolesti řadíme podrážděnost, porušený spánek, sklony k depresím, nechutenství, zácpa nebo snížení motorické aktivity. Revmatologickým pacientům a samozřejmě nejen jim, znepříjemňuje chronická bolest život nejen v oblasti fyzické, ale také v oblastech sociálních (KAPOUNOVÁ, 2007).

„Úlohou sestry je vysvětlit pojem, popř. příčinu bolesti, naučit pacienta bolest popsat, lokalizovat a vyhodnotit (jde-li o bolest v důsledku výkonu netypických činností, zvýšené aktivity či cvičení, vlastního onemocnění, zhoršení zdravotního stavu) a naučit bolest řešit – cestou farmakologickou i nefarmakologickou“ (OLEJÁROVÁ, 2011, str.9)

1.2.1 HODNOCENÍ BOLESTI V REVMATOLOGII

Hodnocení bolesti a její intenzity je nepostradatelnou součástí denní aktivity v práci lékaře i zdravotnického personálu pracujícího na revmatologii. „Téměř výlučným zdrojem informací o intenzitě bolesti je hodnocení bolesti pacientem. Různé fyziologické metody a behaviorální metody se v klinické praxi prakticky nepoužívají“ (ROKYTA, 2012, str.452). Hodnocení ze strany pacienta může být různé, ale nejčastěji používané metody jsou využití vizuální analogové škály (VAS), numerické škály, verbální škály a dotazování se na bolest pomocí dotazníku.

„Bolest lze hodnotit buď v kategorii absolutní (bolest silná, bolest mírná atd.), nebo v kategorii relativní – kdy otázka zní na úlevu od bolesti. V současné době se upřednostňují škály absolutní oproti škálám relativním, které nezohledňují iniciální intenzitu bolesti“ (ROKYTA, 2012, str.452)

Na oddělení Revmatologického ústavu momentálně pracují lékaři a všeobecné sestry především s numerickou škálou, další možností, kterou lze využít je vizuální analogová škála, tedy VAS. Při každodenním hodnocení bolesti se zdravotníci ptají pacientů, jak silnou pociťují bolest od 0-10, kdy 10 je nejsilnější a snaží se jim jednotlivé stupně připodobnit k něčemu, co může být pro pacienty dobře představitelné. Poté vše zapisují do počítačové dokumentace. Druhou variantou je VAS, a výše zmiňovaná numerická škála, kdy personál předkládá pacientům list papíru s přímkou od 0-10, kdy jsou vyznačeny pouze tyto dva stupně a pacient zaznamená, kde zhruba na přímce pociťuje bolest bez ohledu na to, zda vidí předepsaná čísla. Později je záznam hodnocen pomocí speciálního pravítka a zapsán.

Všeobecné sestry se zaměřují nejen na bolest samotnou, ale také na to, jak pacient reaguje, zda není podezřele zamklý nebo zasmušilý. Sledují celkový emoční stav pacienta, neboť, ač to není příliš obvyklé u revmatologických pacientů, hrozí riziko suicidálních sklonů. Proto jsou vždy hodnoceny všechny faktory bolesti společně.

Mezi jeden z požadavků hodnocení bolesti spadá i stupeň intenzity bolesti, který je hodnocen pomocí číselné škály 0-10, při čemž 1-4 je bolest mírná, 5-7 je bolest střední a bolest 8-10 je bolest silná, která je často přirovnávána až k bolesti nesnesitelné. Dalším faktorem je topografie, kdy jak všeobecná sestra, tak lékař určují přesné místo, například který kloub bolí, jaká část páteře je bolestivá apod.. Časový profil je také velmi rozhodující, neboť z něj lze určit, zda-li se jedná o bolest akutní či chronickou a také v kterém úseku dne/noci se bolest projevuje, nebo má vyšší či nižší intenzitu. Faktory ovlivňující průběh jsou důležité pro možnost využití nefarmakologické léčby, pacient zde popisuje především to zda jeho bolest ovlivňuje například teplo, chlad atp. Mezi další faktory bolesti spadá i ovlivnění ze strany námahy nebo jednotlivých denních činností. Charakter bolesti je doplňující, ale velmi subjektivní činitel ze strany pacienta (STANDARD, 2016).

Mezi pomůcky, které jsou využívány při hodnocení bolesti patří edukační záznam, který může obsahovat více položek, než jen edukaci o bolesti. Dále je zde možnost využívání edukačních materiálů, pokud jsou k dispozici (STANDARD, 2016), (VANĚK, 2014).

1.2.2 LÉČBA BOLESTI V REVMATOLOGII

Vzhledem k možnostem 21. století se i u bolesti přistupuje v první řadě k podávání farmakoterapie. Vždy by mělo jít o delší proces, nikoliv jednorázové podání analgetika. Je nutno si uvědomit, že plný nástup léku je cca po 1,5násobku biologického poločasu rozpadu léku. Proto by při dalších dávkách mělo docházet k tomu, že analgetikum bude podáno dříve, než znovu nastoupí bolest. Pokud se u pacienta vyčkává a po znovuobjevení bolesti se teprve analgetikum podá, dochází ke zbytečnému stresování pacienta, přičemž si pacient znovu připomene své onemocnění. Vhodná volba analgetik je vždy na lékaři. Aplikují se však postupně a dle síly jejich účinku.

Při terapii je nutné dodržet několik zásad a to přednostní aplikace medikace per os, podávání v pravidelných intervalech, dávkování přizpůsobené konkrétnímu pacientovi a předcházení, případně zvládnutí vedlejších účinků. Mezi mírnější vedlejší účinky patří nauzea, obstipace, zvracení a k silnějším vedlejším účinkům patří sedace, nebo vznik závislosti.

Nefarmakologická léčba bolesti

Pokud lze u pacienta volit nefarmakologické tišení bolesti, přistupuje se k němu primárně. Avšak ve většině případů je nefarmakologická léčba spjata s léčbou farmakologickou. Přistoupit můžeme k lokální úlevě, kdy se jedná o snahu zmírnit například prokrvení v místě lokalizované bolesti. Metodou nefarmakologického tišení bolesti je i psychologické mírnění bolesti.

Na revmatologii volí lékaři a všeobecné sestry především kryoterapii, která se přikládá na postižené místo několikrát denně. Nesmí se aplikovat na holou kůži a v nadměrném množství. Všeobecná sestra vždy edukuje pacienta o způsobu, intervalech a četnosti podávání kryoterapie aby nedocházelo k opačnému efektu, jako je bolest z důvodu nadměrného chlazení. Rizikem u této volby je možnost vzniku

omrzliny 1.stupně. Dále jde o využívání kompresí a elevace. U pacientů, kteří trpí bolestí chronickou je edukována fyzioterapie, interferenční proudy, laser, magnetoterapie, což celé spadá do kompetence fyzioterapeutů. Není výjimkou, kdy se v případech chronické bolesti přistupuje k akupunktuře nebo homeopatii. Samozřejmostí je klidový režim (CIFERSKÁ, 2013).

1.2.3 NEUROPATICKÁ BOLEST V REVMATOLOGII

„Neuropatická bolest není samostatně definována v systému Mezinárodní klasifikace nemocí, ale jedná se o klinický syndrom, doprovázející řadu definovaných diagnóz“ (ŠLÉGLOVÁ, 2012, str.75)

Tato bolest se vyskytuje v důsledku poškození somatosenzitivního nervového systému a lze ji dělit na periferní a centrální. V oblasti revmatologie se většinou vyskytne bolest periferní. Ovšem až ¼ pacientů s revmatologickou diagnózou trpí bolestí smíšenou tzn. periferní a centrální a měla by být léčena nejen jejich základní diagnóza, ale také zmíněná bolest.

Tato bolest je jen velmi těžko ovlivnitelná, patří k nejobtížněji léčitelným bolestem a přístup k ní by měl být při léčbě a zmírňování příznaků komplexní. Nejúčinnější možností je farmakoterapie, která by měla zahrnovat adjuvantní analgetika. Ta byla dříve využívána především k léčbě jiných diagnóz, jako například epilepsie. Na klasická analgetika bývá neuropatická bolest rezistentní. I přes správně zvolenou metodu léčby však dosáhne významné úlevy od bolesti zhruba jen polovina pacientů. „Na základě medicíny založené na důkazech byla publikována mezinárodní česká doporučení pro diagnostiku a léčbu neuropatické bolesti, kterými se lékaři řídí v případě neuropatické bolesti vznikající u revmatických onemocnění“ (ŠLÉGLOVÁ, 2013, str. 23)

Další možností léčby jsou psychofarmaka, která mimo jiné velmi dobře napomáhají zvládat bolest po psychické stránce a pomáhají pacientovi k lepší kvalitě spánku, který je u těchto osob narušen. Dochází tedy nejen k ovlivnění bolesti, ale také celkovému zlepšení kvality života.

„Na základě současných doporučení se používají především tyto skupiny léků:

- antidepressiva

- antikonvulziva
- opioidy
- u ohraničených lézí lokální léčba (Lidocain)“

(ŠLÉGLOVÁ, 2012, str. 75)

Doporučený algoritmus léčby

První volbou jsou tricyklická antidepresiva: amitriptylin, imipramin, klomipramin, nebo antikonvulziva. Pokud není prokázán efekt tricyklických antidepresiv, přechází se na antikonvulziva či obráceně.

V roce 2011 uvolnil Státní ústav pro kontrolu léčiv i možnost preskripce antiepileptik (pregabalin) pro revmatology, pouze však v případě, kdy nedošlo ke zlepšení stavu po dobu 6 týdnů, při volbě léku první volby. V roce 2012 pak byl uvolněn pro preskripci i gabapentin. Dalšími možnostmi pak jsou Duoxetin a Venlafaxin a dle některých odborníků lze předpokládat, že tyto léky nahradí v budoucnu tricyklická antidepresiva. Na lokální syndromy pak lze využít lidocain. Do třetí linie pak spadá využití opioidů, na které jsou však názory nejednotné. U vhodných pacientů je jejich účinek dle klinických studií potvrzen (ŠLÉGLOVÁ, 2013) .

Důležité je myslet i na to, že pacienti s chronickou bolestí mohou mít více syndromů a pokud k tomu dojde a lze u pacienta rozpoznat bolest jak neuropatickou, tak nociceptivní, lze pak mluvit také o bolesti smíšené.

1.2.4 SHRUTÍ

Bolest akutní i chronická je nedílnou součástí revmatologických onemocnění. Cílem lékařů i pracovníků, kteří pracují na revmatologii je zbavit pacienta bolesti nebo pokud to zcela nelze, zmírnit u pacienta intenzitu prožívané bolesti. V případech, kdy akutní bolest přechází do chronicity, čímž ztrácí obranný charakter a zhoršuje pacientův bio-psycho-sociální život, je nutné zvládnutí této bolesti, především analgetickou léčbou. Jedná se o nepostradatelnou součást léčby revmatologických

pacientů. Podmínkou dobrých výsledků je přístup nemocného, kvalitní edukace a aktivní zapojení nejen pacienta, ale i jeho okolí. (CIFERSKÁ, 2013).

Při hodnocení bolesti je nutné myslet na to, že bolest je zcela subjektivním vnímáním a to i přes to, že existují ukazatele, které mohou být vypovídající i z objektivního hlediska, jako například zrychlení pulzu. Tyto ukazatele se však v praxi více nevyužívají a ani zdravotnický personál, ani lékaři s nimi na revmatologii nepracují.

Pro charakteristiku práce v Revmatologickém ústavu je k dispozici standard hodnocení bolesti u onemocnění pohybového systému, který byl zčásti přiložen do příloh bakalářské práce. Při každodenním monitoringu bolesti se všeobecné sestry ptají pacientů na aktuální pocit bolesti, přičemž nabízejí pacientům možnost numerického hodnocení od 0-10, nebo mohou pracovat s VAS a zajímají se o aktuální pocit. Dále se dotazují na změny po podání analgetik, zda pacient hodnotí kladně jejich užití či nepocítuje větší změny. Doporučením od lékařky, která se v Revmatologickém ústavu specializuje na léčbu bolesti bylo stanoveno hodnocení bolesti 4x denně, před a po podání analgetik.

Z praktického hlediska víme, že vzhledem k množství pacientů s chronickou bolestí a pacientů, kteří vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči na oddělení revmatologie, není příliš možné tento postup aplikovat. Ačkoliv je v dnešní době preferována škála VAS, v praktické části se jeví kompromisem možnost grafického znázorňování bolesti, kdy je pacient při příjmu edukován o sledování bolesti a posléze jsou mu poskytnuty grafické tabulky, kde si pacient sám dokáže zaznamenat změny bolesti během denní doby, po námaze, nebo po podání analgetik. Podmínkou pro tento přístup je spolupracující pacient. K dnešnímu dni se však od tohoto přístupu v rámci personálních a jiných změn upustilo.

S informacemi, které se všeobecné sestry dozví, dále pracují, seznamují lékaře o změnách a zaznamenávají vše do dokumentace. (Autorka práce)

1.3 EDUKACE V REVMATOLOGII

Slovo edukace pochází z latinského slova *educare*, což v překladu znamená *vedení vpřed* nebo *vedení ven*. Jedná se o souhrn plánovaných činností,

kteře mají vzdělavat pacienta v určité oblasti, především v oblasti zdravotních návyků. Podmínkou dobře provedené edukace je spolupráce pacienta, při které sám edukant musí projevit zájem o změnu, mít schopnost tuto změnu provést a zároveň musí věřit, že pro něj bude tato změna prospěšná. Vhodné načasování edukace jak ze strany lékařů, tak všeobecných sester, je také jeden z předpokladů pro jeho úspěšné zvládnutí, stejně jako jejich vzdělanost v dané problematice. Vždy je nutné myslet na to, že pacient musí být již se svou chorobou smířen a že je každý jedinec individuální. Až pak je schopen spolupracovat při edukačním procesu.

Snížení negativních důsledků nemoci v bio-psycho-sociální sféře pacienta je jeden z hlavních cílů edukace. Ke vzdělávání lze využít nepřeborné množství materiálů, např. letáky, tisk, také média a svépomocné skupiny mezi které patří i Revma Liga v ČR. Při teoretické edukaci není třeba mít s pacientem osobní kontakt, opakem je pak nácvik praktických činností, kdy už je tento kontakt nutný.

Mezi fáze edukačního procesu řadíme pět činností:

- Posuzování
- Stanovení edukační diagnózy
- Plánování
- Realizace
- Zhodnocení

„Sestra může v běžné praxi využít nejrůznější edukační techniky, jako jsou přednášky a uzavřené diskuze, nácviky dovedností, otevřené scénáře a diskuze.“ (OLEJÁROVÁ, 2011, str.8)

Obsah edukace by měl být složen z vysvětlení podstaty problému, vyhodnocení problému, prvně ukázané ze strany všeobecné sestry či lékaře, poté by to již měl zvládat pacient sám a následná ukázka řešení problému. Toto řešení by také měl dále zvládat pacient po správném vyhodnocení sám, je-li toho schopen. Pokud ne, je vhodné do celého procesu zapojit příbuzné nebo pacientovy blízké osoby.

Zpětná vazba ze strany pacienta, rodiny nebo blízkých, kdy vyjádří vlastní názor na danou problematiku je nezbytná pro ověření úspěšné spolupráce.

Tabulka 1 Základní edukační okruhy

Bolest
Únava a porucha spánku
Kloubní a mimokloubní problémy
Muskuloskeletální aparát
Výživa
Kůže a péče o ni
Sebeobsluha a aktivity denního života
Užívání léků
Role v rodině a ve společnosti
Vzhled těla a sebehodnocení + omezení
Problematika související s intimním životem
Prevence pádů

(Zdroj: Olejárová, 2011, str. 8)

1.4 REHABILITACE V REVMATOLOGII

Rehabilitace je brána jako společenský postup koordinované činnosti celé společnosti. Jednak státu, institucí, organizací a jednotlivců. Důvodem je začlenit člověka, který je postižen na zdraví díky nemoci, úrazu či vrozené nemoci zpět do společnosti. Rehabilitaci lze definovat třemi způsoby:

- „OSN – Kvalita úrovně rehabilitace je kritériem kulturní úrovně společnosti.
- WHO – Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro nácvik nebo znovuzískání nejvyššího možného stupně zdatnosti.
- Rada Evropy – Rehabilitace je politika státu vůči osobám se zdravotním postižením.“ (KLUSOŇOVÁ, 2011, str. 7)

Slovo *rehabilitace* pochází z novolatinského výrazu, který se prvně využíval v USA po I. světové válce kvůli integraci raněných vojáků. U nás se však začal využívat

až po II. světové válce, kdy byl převzat z USA a velmi rychle se uchytil (KLUSOŇOVÁ, 2011).

Jde o proces od léčebného procesu až k integraci postiženého. Kvůli tomu je rehabilitace rozčleňována na: komplexní rehabilitaci, která zahrnuje léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitaci. Všechny tyto složky jsou spolu provázány. Další složkou je i rehabilitace preventivní, jejímž úkolem je předcházet některým onemocněním (KOLÁŘ, 2015).

Rehabilitace je poskytována dvěma způsoby: buď ambulantně nebo v rámci lůžkového zařízení. Tu dále lze dělit na včasnou rehabilitaci, která je zařizována při nemocnici a spadá sem klinika léčebné rehabilitace a lůžková rehabilitace na oddělení akutní péče. Další je pak lůžkové zařízení následné péče pro poskytování léčebné rehabilitace. Všechny tyto typy by měly obsahovat základní princip jako včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální přístup, multidisciplinárnost a součinnost.

Revmatologická oddělení provází především rehabilitační ošetřovatelství, které je prováděno všeobecnými sestrami. Patří sem především polohování imobilního pacienta. To je řízeno individuálně dle potřeb pacientů nebo dle standardu oddělení. Polohování je prováděno po 2-3hodinách přes den a po 4hodinách v noci. Střídají se především polohy supinační, semisupinační, pronační pravá i levá a polosed. Poloha na břicho se příliš nevyužívá. Další část rehabilitačního ošetřovatelství je mobilizace a aktivizace pacienta, kterou provádějí buď všeobecné sestry nebo fyzioterapeuti a v neposlední řadě také ergoterapeuti. Mobilizaci provádí fyzioterapeuti co nejdříve, když to dovolí stav pacienta. Díky ní je předcházeno řadě komplikací např. riziko kardiovaskulárních a respiračních komplikací, riziko vzniku defektů, atrofie svalstva, ale také osteoporózy a změn na chrupkách, vazivu či kloubních pouzdrech. Aktivizaci provádějí všeobecné sestry při každodenní práci s pacientem. Jak při hygieně a vyprazdňování, tak při stravování a sebeobsluze. Fyzioterapeuti se na revmatologii zaměřují také na zlepšení svalové síly např. u pacientů s myositidou. Předcházejí zatuhnutí kloubů např. u pacientů s diagnózami RA a Bechtěrevova nemoc. V neposlední řadě pomáhají pacientům po TEP kyčlí, kolen či jiných ortopedických operacích nebo operacích páteře (KOLÁŘ, 2015).

2 VASKULITIDY

Vaskulitidy jsou skupina méně či více závažných onemocnění krevních cév, nejčastěji však tepen. Jedná se o autoimunitní onemocnění, které postihuje převážně dospělé. V pediatrii se jedná o velmi vzácné onemocnění, přičemž ani u osob vyššího věku není toto onemocnění časté. Označení vaskulitida naznačuje, že se jedná o zánětlivé onemocnění cév. Vaskulitidy mohou vzniknout u všech etnických skupin a nejsou příliš ovlivněny pohlavím. „Dochází při nich k ukládání komplexů antigen – protilátka a následné zánětlivé reakci cévní stěny, k zúžení průsvitu tepny až k jejímu úplnému uzávěru, což se projevuje poruchou prokrvení v oblasti zásobené cévou, až její nekrózou.“ (OLEJÁROVÁ, 2011, str.168).

U většiny případů se jedná o autoimunitní problém, kdy příčinou je neinfekční zánět, který je vyvolán vlastním imunitním systémem. Případy infekční vaskulitidy jsou známy především z historie, kdy například u pokročilého stádia syfilitidy docházelo k zánětům aorty. Hlavní podmínkou pro stanovení diagnózy vaskulitidy je, aby na cévě jako na základním místě, docházelo k choroboplodnému procesu. Ačkoliv mají vaskulitidy jednoduchou definici, mají zároveň téměř neomezené množství klinických příznaků. První pozorování vaskulitid, jakožto samostatného onemocnění začalo na začátku 19.století, kdy v roce 1801 Heberden vypracoval případovou studii pětiletého chlapce. O 36 let později popsal Schönlein a o 73 let později Henoch jako první případ syndromu, dnes označovaný jako Henochova-Schönleinova purpura. Většina vaskulitid byla dále popsána až ve 20.století. „V roce 1903 popsal Olser další primárně vaskulitické onemocnění – systémový lupus erytematodes, syndrom v té době již odlišný od PAN a HSP.“ (BEČVÁŘ, 1994, str.). Další popisy vaskulitid probíhaly v letech 1908-1982 a jednalo se o Wegenerovu granulomatózu, Bechcetovu vaskulitidu či Takayasuovu arteritidu (BEČVÁŘ, 2010), (ROVENSKÝ, 2014).

2.1.1 PATOGENEZE

Vaskulitidy jsou spojeny se základními možnými mechanizmy vzniku, mezi které spadá přímé škodlivé působení agens, poškození v procesu cíleném proti specifickým komponentům cévní stěny a poškození v důsledku zánětlivého procesu primárně necíleného proti složkám cévní stěny.

Do skupiny, která je spojena s přímými škodlivými agens spadají vaskulitidy, které vznikly jako následek řady infekčních onemocnění. Jedním z nich je purpura, která vznikla v důsledku rickettsiální infekce. Dalším ukázkovým příkladem je hypertenzní arteritida, syndrom cholesterolových embolů či syndromy vznikající v důsledku aplikace intravenózních drog. Tento mechanismus vzniku však není prokazatelný.

Do skupiny postižení v procesu cíleném proti specifickým komponentům cévní stěny spadají protilátky proti bazálním membránám, které mohou zapříčinit kapilaritidu plic a glomerulů ledvin. Postižení v důsledku zánětlivého procesu je zatím jeden z nejlepších důkazů při mechanismu vzniku vaskulitid (BEČVÁŘ, 2014).

2.1.2 KLINICKÝ OBRAZ

Příznaky, které provázejí toto onemocnění, jsou způsobeny ischemií tkání, které zásobují poškozené cévy a dále se jedná o příznaky, které jsou typické u zánětlivých onemocnění, například: horečka, úbytek hmotnosti až anorexie.

„Vaskulitida může vzniknout de novo, jako primární postižení cévní stěny neznámé etiologie, nebo se objeví sekundárně při některých infekčních onemocněních, nádorech a jiných procesech.“ (ROVENSKÝ, 2014, str.75). Dále může vaskulitida provázet některé jiné základní diagnózy, například revmatoidní artritidu, systémový lupus erythematoses, systémovou sklerodermii nebo dětskou dermatomyozitidu. Projevy se pak odlišují původem, rozsahem a silou postižených cév.

2.1.3 KLASIFIKACE

Vzhledem k různorodému klinickému obrazu nebo neznámému důvodu je klasifikace vaskulitid velmi obtížná. Někdy stačí ke stanovení konečné diagnózy rentgenové vyšetření či jiná zobrazovací metoda, jindy je zapotřebí provést biopsii a zaměřit se na histologický nález.

„Všeobecně používaná klasifikace pak pochází z konference v Chapel Hill v roce 1993. Hlavním kritériem bývá kalibr postižených cév.“ (BEČVÁŘ, 2014, str. 76) Roku 1964 bylo vytvořeno několik třídících pohledů a 1977 byly stanoveny tři kategorie a to skupina PAN, vaskulitidy malých cév a obrovskobuněčné arteriitidy.

2.1.4 VYŠETŘENÍ

V případech nekrotizujících vaskulitid jsou laboratorní vyšetření velmi nespecifická a laboratorní hodnoty slouží spíše ke sledování průběhu onemocnění. Při akutní fázi dochází ke zvýšení sedimentace erytrocytů. Významnějším ukazatelem je C-reaktivní protein. Dalším ukazatelem je normochromní anémie v krevním obraze, dále také leukocytóza a trombocytóza. V některých případech dochází ke zmnožení kryoglobulinu. Nález při vyšetření moče ukazuje na postižení ledvin v rámci vaskulitid. Imunologické testy neprokazují onemocnění vaskulitid jako takové, spíše poukazují na autoimunitní onemocnění. Důležitost imunologických testů spočívá ve vyloučení jiných onemocnění. U vaskulitid dochází ke zvýšení IgA a IgE + revmatoidní faktory. Vyšetření na australský antigen a jeho pozitivita je významná pro diagnostiku PAN.

2.2 VASKULITIDY STŘEDNÍCH CÉV – POLYARTERITIS NODOSA

Jedná se o vzácné a závažné onemocnění, které má tendenci postihovat střední svalové artérie. Vzhledem k postižení všech tří vrstev stěny cév dochází k mnohočetným aneurysmatům a trombům. Polyarteriititis nodosa může být spojena s jinými onemocněními pojiva, jako například s revmatoidní artritidou.

Nejčastěji dochází k postižení kůže, kloubů, periferních nervů, střev a ledvin. Projevy v oblasti plic a mozku jsou méně časté.

Může se jednat o velmi prudce a agresivně probíhající formy onemocnění nebo omezenou formu. Projev může být spojen s komplikací jiného onemocnění jako RA, SS, nebo leukémie. Jedna s forem PAN se díky svým projevům dá řadit i do skupiny vaskulitid drobných cév. Toto onemocnění častěji postihuje muže, než ženy, obvykle mezi 40-60 rokem života, zcela vzácně se objeví u novorozenců a v minulosti nebylo výjimkou, kdy bylo toto onemocnění popsáno až post mortem (BEČVÁŘ, 2014).

2.2.1 KLINICKÝ OBRAZ

Toto onemocnění se velmi často projevuje vysokou horečkou, slabostí, exantémem, nespecifickými artritidami a artralgiemi, dále pak postižením ledvin, poruchou periferních nervů, postižením plic a gastrointestinálního traktu. Dalšími příznaky může být i periferní neuropatie a polyartritida. Může docházet i k ischemickým změnám na konečcích prstů. Polyartritida, která však nijak nedeformuje klouby, se projevuje především na dolních končetinách. Tyto příznaky mohou připomínat RA.

Neuropatie se pak projevuje velmi náhle a při periferním nervu, kdy celý tento děj je následován motorickými výpadky. Renální postižení provází proteinurie a velmi často hematurie. Postižení ledvin je také spojeno s hypertenzí, díky postižení renálních arterií či glomerulů. Manifestovat se může v pozdějších stádiích. Dále můžeme u pacientů s tímto typem diagnózy pozorovat srdeční selhání, které je způsobeno hypertenzí nebo koronární insuficiencí. Pokud dochází k očním změnám, jedná se o projev toxické retinopatie. Při této formě vaskulitidy existuje velké spektrum závažnosti a to od mírné, kdy je onemocnění omezené, až po velmi rychle se rozrůstající formu s osudným koncem. Postižení v oblasti gastrointestinálního traktu se projevuje bolestí břicha v oblasti případně postiženého orgánu.

Tabulka 2 Skupina polyarteriitis nodosa

Druh postižených cév	Lokalizace změn	Onemocnění	Klinický syndrom
Arterie středního kalibru	generalizovaná mimo plice a slezinu	klasická PAN	s imunol. změnami s antigenem hep. B při RA dětská PAN
	koronární arterie appendix žlučník ledviny plicní arterie	Kawasakiho nemoc	

(Zdroj: BEČVÁŘ, 1994, str. 14)

Laboratorní nálezy

Ve výsledcích nachází lékař zvýšené hodnoty sedimentace, normochromní anémii, trombocytózu, sníženou hladinu sérového albuminu, někteří pacienti mají pozitivní HCV nebo HBsAg. Při akutní fázi je často zvýšené CIK.

V etiopatogenezi hrají nespornou úlohu viry, přičemž se nejčastěji jedná o virus hepatitidy typu B a australský antigen, který je přítomen v cca 40% případů. Prvními příznaky jsou kožní projevy, myalgie a postupně až stavy s vysokými horečkami, polyneuropatie a hypertenze (ROVENSKÝ, 2014).

2.2.2 DIAGNOSTIKA

K potvrzení nebo vyvrácení diagnózy, vždy slouží biopsie, pokud ji lze provést na postiženém orgánu. Zástupná může být arteriografie.

Mnoho klinických projevů PAN se může objevit i u dalších chorob. Základem jsou také odběry krve z oblasti biochemie, krevního obrazu a imunologie, viz. laboratorní nálezy (ROVENSKÝ, 2014).

Pomocná vyšetření

Za významnou pomocnou vyšetřovací metodu je považována arteriografie, při které lékař popisuje vakovitá nebo vřetenovitá aneuryzmata či zužování tepen do špičky. K tomuto ději dochází postupně. Mezi další vyšetření patří také biopsie kůže z kosterních svalů. Předpokladem je histologický nález v oblasti arterií malého a středního kalibru v místě větvení.

„ Typická je fibrinoidní přeměna a masivní infiltrace všech tří vrstev cévní stěny polymorfonukleáry a eozinofily. Zánětlivá ložiska se hojí vazivovou tkání, což vede k uzávěrům cév.“ (ROVENSKÝ, 2014, str.79).

Další možností je provedení Penyho manévru, kdy lékař namotá pacientovi na paži manžetu od tonometru, tu posléze nafoukne na 120torr na 10minut.

Po čtyřech hodinách od nafouknutí a vypuštění manžety dochází ke kožním změnám na předloktí (BEČVÁŘ, 1994).

Kožní biopsie

Jedná se o drobné chirurgické vyšetření, kdy lékař odebírá vzorek kožní tkáně, která se dále vyšetřuje pod mikroskopem. Vždy je nutné, aby lékař odebral dostatečně silný a široký vzorek, včetně části podkožního tuku, který může obsahovat diagnostické struktury. Pro pacienta před tímto výkonem není nutná žádná speciální příprava, ráno může pít i jíst. V případě potřeby je dobré, aby měl pacient místo oholené, je-li to nutné. Samozřejmostí by měla být čistota. Těsně před zákrokem je aplikováno lokální znecitlivění a dezinfekce místa odběru.

Po zákroku je pak místo po biopsii stlačeno tamponem a sterilně kryto. V případě, kdy se jedná o hlubokou kožní biopsii, jsou na místo aplikovány 2-3 stehy, dle šířky a hloubky. Poté je pacient edukován o dalších postupech – 3 dny by se neměla rána odkrývat, pokud nedochází k prosaku nebo jiným indikacím pro ošetření místa.

Pacient je edukován, že nesmí tři dny dojít k namočení rány. V případě, že má pacient stehy, neměl by místo příliš namáčet do doby, dokud nedojde k jejich odstranění a ještě i poté. Nejčastěji se provádí biopsie kůže, nervus suralis, testes a kosterních svalů. Pokud provádí lékař svalovou biopsii je dobré, aby ji lékař provedl v místě bolesti.

„Kožní léze při vaskulitidě mají často charakter purpury nebo urtiky. Kožní biopsie málokdy ukáže více než klinický nález, někdy se popisují cholesterolové krystaly, myxomatózní emboly nebo cizí materiál.“ (BEČVÁŘ, 1994, str. 39)

Kožní biopsie se z tohoto důvodu provádí při nejasné diagnostice. Mnohdy nestačí jen klasická punkční biopsie, ale je nutné provést chirurgickou excizi. Kožní biopsie je pomocný diagnostický proces, i když ve většině případů nedá lékaři jasný důkaz o onemocnění (ATLASES, online).

Arteriografie

Arteriografie je vyšetření, při kterém jsou za pomoci kontrastní látky vidět cévy, které by za normálních okolností viditelné nebyly a to ani v případě užití rtg. Lékaři

při tomto vyšetření vidí cévy a jimi protékající krev. Lze tak odhalit patologické změny na poškozené cévě. V případě arteriografie se jedná o zobrazení tepen, jak již název napovídá. Před vyšetřením vždy pacient informuje lékaře o alergiích, dále také o případném onemocnění ledvin a astmatu. Důležitá je i informace o diabetu a užívání léků na ředění krve.

24hodin před vyšetřením je pacientovi ordinován odběr krve na krevní srážlivost a doporučen dostatečný příjem tekutin v podobě vody. 4 hodiny před výkonem nesmí jíst, pít a kouřit. V neposlední řadě je nutná očista místa vpichu a vyholení. Doba vlastního vyšetření trvá obvykle 1-1,5 hodiny. Přimo na místě vpichu je provedena komprese místa. Poté je pacient převezen na oddělení a na místo vpichu se přikládá sáček s pískem. Pacient zůstává na lůžku 24 hodin po výkonu. Dalších 14 dní by se měl pacient vyvarovat náročnějším fyzickým činnostem (VITALION, online).

V rámci vaskulitid je arteriografie významnější než-li biopsie. V případech, kdy je riziko poškození pacienta biopsií větší než u arteriografie a hlavně, jedná-li se o pacienta s postižením střev a mozku, kdy aplikace kontrastu se jeví jako bezpečnější než zákrok v podobě biopsie. Další indikací k arteriografii je negativní nález z biopsie. Lékař také vždy pátrá po riziku alergií na kontrastní látky, kdy pak by bylo vhodnější zvolit zákrok v podobě biopsie. V praxi je využívána většinou jak metoda biopsie, tak metoda arteriografie (BEČVÁŘ, 1994).

2.2.3 TERAPIE

Všem pacientům, kteří jsou postiženi touto chorobou, jsou podávány kortikosteroidy. Ty jsou dostačující léčbou u slabších forem PAN. Při rychlém postupu nemoci přistupují lékaři k přidání cyklofosfamidu. Při zjištění kontraindikace k podávání pulsů s cyklofosfamidem je vhodné podávat například metotrexát. Pokud se neprojevuje účinnost léčby, je možné přistoupit k plazmaferéze.

V případě, že je vaskulitida lokalizována na kůži, podává se kolchicin a typické kortikosteroidy. Léčba je vždy dlouhodobou záležitostí. V situacích, kdy se jedná o cyklofosfamidové pulzy dochází pacient na léčbu pravidelně v intervalech po 4 týdnech po dobu až 10 měsíců. Vždy záleží na rozhodnutí lékaře, většina pacientů však dostává právě 10 dávek. Léčba kortikosteroidy, které se podávají ve formě tablet

je pak mnohem dlouhodobější a její dávkování se upravuje dle výsledků a stavu pacienta. K tomuto způsobu léčby přistupují lékaři tehdy, kdy postižení není velké a nemoc nemá tendenci rychlého progredování. Při rozsáhlém postižení ledvin je také možné přistoupit k plazmaferéze. Tento postup však není příliš častý (ROVENSKÝ, 2014), (BEČVÁŘ, 2014).

2.2.4 PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ

Ačkoliv se jedná o závažné onemocnění, úmrtnost nastává ve většině případů jen při zanedbané diagnostice, léčbě, nebo u nemocných, kteří na začátku onemocnění již trpí silným renálním poškozením a vyžadují dialyzační léčbu. V těchto případech může mortalita činit až 50%. Dalším závažným problémem, který může nastat a na jehož konci je u většiny pacientů smrt, jsou plicní komplikace, především krvácení do plic.

Smrt může nastat také jako důsledek nezvládnuté srdeční a mozkové příhody v důsledku vaskulitidy. Dalším rizikem jsou infekční komplikace spojené s imunosupresivní léčbou a vznik kožních defektů v rámci této choroby. Celkově nejrizikovějším obdobím je první rok onemocnění, kdy dochází k diagnostikování a zahajování méně či více agresivní léčby (ROVENSKÝ, 2014), (BEČVÁŘ, 1994).

2.2.5 ROZDÍLNOST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ošetrovatelská péče se na lůžkovém oddělení revmatologie příliš neliší od ošetrovatelské péče interních oddělení. Rozdíl mezi lůžkovým oddělením interního onemocnění a lůžkovým oddělením v Revmatologickém ústavu je asi v uspořádání a denním režimu pacientů. Pacienti přicházejí na lůžková oddělení především formou plánovaného příjmu, výjimečně formou akutního příjmu s indikací lékaře na ambulanci. V případech plánovaného příjmu jsou pacienti poučeni o tom, co si mají přinést k pobytu. Po přijetí je pacient uložen na lůžko, je seznámen s prostředím pokoje a celého oddělení. Poté následuje ošetrovatelský a lékařský příjem, příjem ze strany nutriční terapeutky a posléze si přicházejí u většiny případů přijmout pacienta i pracovníci fyzioterapie. Pacienti zde na oddělení nejsou upoutáni na lůžko, pokud to nevyžaduje jejich zdravotní stav a chodí v domácím pohodlném oblečení.

V rámci ošetrovatelské péče u pacienta s vaskulitidou dbáme vždy na edukaci. První oblastí edukace je prevence v péči o kůži. Pacienti by měli pravidelně pokožku promazávat, promašťovat, tělo by měli mít vždy v teple, neboť chlad způsobuje zhoršené prokrvování především periferních oblastí těla, což zhoršuje už tak špatný průtok krve periferií. Vhodné je volit oblečení z bavlny. Další částí edukace, kterou provádějí lékaři i všeobecné sestry, je edukace o léčivech. Pokud pacient užívá kortikoidy, podílí se všeobecná sestra na poučení pacienta o riziku neřízeného vysazování léčby a vedlejších účincích kortikoidové léčby. Všeobecná sestra se také zaměřuje na informace ohledně zhoršeného hojení ran, změnách tělesné hmotnosti, nespavosti, vzniku akné apod. K těmto komplikacím dochází především při dlouhodobém užívání této medikace. Další edukace probíhá při indikované léčbě cyklofosfamidem. V této části je hlavním edukátorem především lékař, který seznamuje pacienta s léčbou a jejími komplikacemi.

Všeobecná sestra pak edukuje pacienta o nutnosti zavedení periferního žilního katétru, pokud je zvolen způsob podávání i.v. . Dále edukuje pacienta o zvýšeném riziku pádu a o použití signalizace. Pacient je v době aplikace více sledován.

Pacientům s vaskulitidou je také sledován krevní tlak, nejen vzhledem k riziku vzniku komplikací, které jsou spojené se základní diagnózou, ale také kvůli kortikoidové léčbě.

V neposlední řadě monitoruje všeobecná sestra u pacientů pravidelně bolest, ranní ztuhlost, možnou svalovou slabost a dopomáhá pacientovi dle jejich potřeby. Sleduje také pacienta po jeho psychické stránce, především je-li pacient čerstvě diagnostikován.

Další péče se již nijak příliš neliší od péče na interním lůžkovém oddělení (Autorka práce).

2.3 RIZIKOVÉ FAKTORY U ONEMOCNĚNÍ - DEFEKTY

Vaskulitida, jak již bylo zmíněno, je zánětlivé onemocnění cév. Vaskulitické procesy mohou způsobovat jednak aneurysma nebo zúžení cév, které způsobí ischemii či nekrózu. Toto onemocnění má mnoho symptomů a jedním z hlavních je tvorba vyrážky. Vaskulární vyrážka má jasné a specifické

vlastnosti a díky nim dokáže revmatolog po odborném posouzení rozluštit například kožní vaskulitidu.

Nejčastější prezentací kožní vaskulitidy je krvácení do kůže a to purpura (3-10 mm), petechie (< 3 mm) a ekchymóza (> 1 mm). Do kožní vaskulitidy patří také tvorba červené vyrážky, pupínků, papul, uzlíků a puchýřů. Vaskulitidy středních cév, mezi které spadá polyarteriitis nodosa, způsobují mramorování kůže, především v oblasti periferií a také poškozování nehtů a nehtového lůžka. Nejvíce rizikovou a potažmo zasaženou oblastí při tvorbě defektů bývají dolní končetiny. Rozvinout se ale mohou tyto rány kdekoliv na těle pacienta. V oblasti dolních končetin dochází k tvorbě defektů především na nártu směrem k vnitřnímu kotníku, dále také v okolí prstů (malíková a palcová strana). Díky všem faktorům, které ovlivňují toto onemocnění, je léčba takové rány během na dlouhou trať. Ve většině případů, kdy má pacient navíc přidružené obtíže jako jsou hypertenze nebo diabetes, stávají se tyto defekty chronickými, které pacient léčí velmi dlouho. Za chronickou ránu je považován ten defekt, který i přes správně zvolenou léčbu nevykazuje žádné změny v rozmezí 8-9 týdnů léčby. Jedná se o druhotně se hojící ránu, při které dochází k uzávěru tvorby nové tkáně. Tyto rány vznikají nejčastěji v důsledku cévních onemocnění, která způsobují rozpad tkáně. Důležité je i to, že chronická rána může vzniknout kdykoliv a to i v případech, kdy se prvotně jednalo o ránu akutní (MAROZ, 2014), (POKORNÁ, 2012).

Péče o pacienty s tímto druhem rány je velmi složitým procesem, který vyžaduje vždy promyšlený přístup a logickou návaznost při jednotlivých krocích. Za zmínku stojí připomenutí, že ačkoliv má všeobecná sestra nemalé kompetence v oblasti péče o defekty, výběr terapeutického materiálů náleží lékařům.

Výjimkou jsou sestry, které získají odbornou způsobilost v péči o rány. Ty jsou způsobilé nejen k hodnocení a ošetření rány, ale také k výběru terapeutického materiálu, který bude pro daný druh defektu využit. Při plánování péče o ránu musí sestra zhodnotit i schopnost pacienta pečovat o defekt. V případě, že sám pacient není schopen se podílet na péči, je třeba zapojit do celého terapeutického procesu rodinu pacienta. Pokud ani to není možné, měla by sestra zjistit, zda bude pacient schopen docházet na odborné pracoviště v pravidelných intervalech tak, jak bude třeba, nebo zda má pacient možnost zajistit si domácí péči (MAROZ, 2014).

Hodnocení defektů

- lokalizace rány
- vznik, rozsah, poškození – hloubka včetně fascií šlach, svalů, kostí a rozměr
- stav okrajů rány – hladké, rozeklané s cavitami
- stav spodiny rány – nekrotická tkáň, povaha nekróz, strup, mikrobiální povlak, znečištění
- povaha exudace – krvácející, krvavě serózní, hnisavá, oschlá
- rozsah osídlení choroboplodnými zárodky – infekce
- stáří rány – akutní rána, čas od primárního ošetření, chronická rána

Léčba defektů

Při léčbě defektů je nutná komplexní léčba a je nutné pomyslet i na základní diagnózu, kterou pacient trpí. Pokud ta není správně léčena, je léčba defektů ve většině případů obtížná, až nemožná. Než začne všeobecná sestra s léčbou defektu, je nutné přesně zhodnotit a posoudit ránu s co nejpřesnějšími informacemi, které vypovídají o stavu pacienta nejen po fyzické stránce, ale také po stránce sociální. Poté přistupuje zdravotník k léčbě. Pokud již rána vznikla, dodržuje všeobecná sestra kauzální léčbu.

Při vzniku nekrózy je prvním krokem její odstranění. Dalším krokem je léčba infekce, pokud v ráně vznikla, vhodná je nejen dezinfekce rány, ale také podávání ATB dle citlivosti. Neméně důležitá je také volba převazového materiálu s ohledem na všechny aspekty, například na alergie u pacienta. Do této fáze spadá nejen převazový materiál, ale také správně zvolené oplachy, laváže a celková hygiena rány. Dalším krokem může být zvolená podpurná léčba, do které spadá hyperbarická medicína, využití bio lamp a komprese.

Dalším důležitým faktorem v léčbě chronické rány je i psychická podpora, správná edukace pacienta, jeho rodiny/ blízkých, léčba bolesti, vhodný výběr stravy a možnost výživových doplňků s vysokým obsahem bílkovin a vyváženým množstvím

lipidů, sacharidů, minerálů. V posledním kroku je podstatné nejen to, aby bylo vše správně zaznamenáno v dokumentaci, ale také to, aby se o postupu péče o ránu a vývoji jejího stavu personál informoval i ústním způsobem. (POKORNÁ, 2012), (KOUŘILOVÁ, 2011)

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S POLYARTERITIS NODOSA

Praktická část bakalářské práce se orientuje na ošetrovatelský proces u pacientky s polyarteriitidou nodosa, která byla a je opakovaně přijímána na lůžkové oddělení Revmatologického ústavu. Dle zákona o zachování osobních údajů neuvádíme v celé praktické části jméno, ani příjmení či jiné specifické údaje o pacientce, díky kterým by mohla být dohledatelná. Souhlas ředitele Revmatologického ústavu je uschován u autorky práce. Souhlas ze strany etické komise nebyl vyžadován, avšak etická komise byla spravena o této bakalářské práci a jejím zpracování. Pacientka souhlasila se zpracováním údajů, které souvisí s jejím pobytem na lůžkovém oddělení, do bakalářské práce.

Údaje o pacientce byly zpracovávány po dobu čtyř dnů jejího celkově třetího pobytu na lůžkovém oddělení, kdy pacientka přišla pro kontrolu stavu a podání cyklofosfamidové infuze. Ošetrovatelské diagnózy byly zpracovány dle 13 domén Nanda I taxonomie II.

Ačkoliv se zdá, že při tomto pobytu, který je v praktické části zpracován, je péče o mobilní pacientku, která nevyžaduje dopomoc při denních aktivitách jednoduchých, není tomu tak. Z hlediska fyzického je nyní pacientka téměř bez potíží. Mohlo by se zdát, že jediným problémem by mohla být ranní ztuhlost a omezení zájmových aktivit z důvodu bolesti. Z psychického a sociálního hlediska však musí personál myslet na to, že se jedná o mladého člověka, kterého v této době ovlivní nemoc především právě z psychosociálního hlediska. U dřívějších pobytů jsme se setkávali se strachem a nejistotou. Proto i při tomto pobytu jsme se u této pacientky snažili vhodně komunikovat a podporovat pacientku po stránce psychické. Z dlouhodobého hlediska se v rámci ošetrovatelské péče u pacientky snažíme předcházet vzniku defektů edukací o péči o pokožku a snažíme se pacientku edukovat o možnostech léčby bolesti, jednak farmakologické, ze strany lékaře, i nefarmakologické, ze strany všeobecných sester.

3.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: X. Y.

Datum narození: X.X. XXXX

Rodné číslo: XXX...

Věk: 21 let

Pohlaví: žena

Bydliště: Praha

Zaměstnání: pracovnice na rodinném statku

Vzdělání: středoškolské

Národnost: česká

Stav: svobodná

Datum příjmu: X .12. 2016

Čas příjmu: 8:00 hodin

Typ příjmu: plánovaný – zahájení pulzní terapie cyklofosfamidem

Účel příjmu: diagnosticky – terapeutický

Důvod přijetí: pacientka byla opakovaně přijata na lůžkové oddělení revmatologie z důvodu zahájení léčby. Pacientce byla nově diagnostikována polyarteriitis nodosa při minulém pobytu.

Medicínská diagnóza hlavní:

- Polyarteriitis nodosa

Medicínské diagnózy vedlejší:

- Chlamydiová pneumonie

- Hepatosplenomegalie 2007
- Astma bronchiale 2/2016
- Ikterus biliární 1/2016
- St.p. Cholecystoektomie 5/2016

3.2 ÚDAJE ZJIŠŤOVANÉ PŘI PŘÍJMU

Údaje zjišťované při příjmu jsou údaje, které byly získány od pacientky autorkou práce, která pacientku přijímala. Byl prováděn rozhovor přímo s pacientkou a dále bylo provedeno fyzikální vyšetření sestrou. Výška, váha a BMI bylo zjištěno i za přítomnosti nutriční terapeutky.

TK: 101/60 mmHg

P: 74 / min

D: 14 / min

TT: 36,7 C

SpO2: 98%

Stav vědomí: při vědomí, orientována časem, prostorem i osobou

Výška: 173cm

Váha: 73kg

BMI: 24,4

3.3 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ

Pacientka byla přijata na lůžkové oddělení revmatologie jako plánovaný příjem k zahájení cyklofosamidového pulzu. Jednalo se o třetí příjem pacientky, při čemž při první hospitalizaci byla pacientka přijata na diagnostický pobyt pro dlouhotrvající febrilní stavy (TT 39,2 °C), symetrické bolesti svalů a kloubů v oblasti kolen a loktů –

distálně. Ve Fakultní nemocni Motol, byla na interním oddělení aplikována dávka Solu – Medrolu 500mg s týdenním odstupem.

Došlo k poklesu febrilií, ale zároveň ke vzniku eflorescencí, vzhledem erythema nodosum na dolních končetinách. Poté byla pacientka přeložena na lůžkové oddělení Revmatologického ústavu.

3.4 ANAMNÉZA

Anamnéza byla získána rozhovorem s pacientkou, dále z lékařské zprávy a ve spolupráci s ošetřující lékařkou.

Rodinná anamnéza:

Matka: ročník 1969 zdráva

Otec: ročník 1964 zdrav

Prarodiče: děda z otcovy strany st. p. transplantaci ledviny

Sourozenci: bratr ročník 1991 – astma, psoriáza, alergie

Potomci: bezdětná

Osobní anamnéza:

Hospitalizace a operační zákroky: cholecystoektomie v nemocnici Na Homolce 5/2016

Úrazy: pády z koně, lehký otřes mozku, závažnější úrazy neguje

Transfúze: neguje

Očkování: klasická očkování v dětském věku dle očkovacího kalendáře, ve 2 letech reakce na očkovací vakcínu v podobě febrilních křečí

Farmakologická anamnéza:

Prednison 20 léčiva p.o.	1,5 – 0 – 0
Helicid 20 p.o.	1 – 0 – 0
Zaldiar p.o.	1 – 1 – 1 – 1 (dle potřeby při bolesti)
Surgam léčiva p.o.	1 – 0 – 1 – 0
Amitriptylin – Slovakofarma p.o.	0 – 0 – 0 – 1
Sorbifer Durules p.o.	1 – 0 – 1 – 0
Calcichew D3 200 IU p.o.	0 – 0 – 1 – 0
Vigantol p.o.	0 – 3 – 0 – 0

Alergologická anamnéza:

pacientka udala alergii na břizu, lékové či potravinové alergie neguje

Abusus:

nekuřačka, alkohol nepije, lékové závislosti neguje, jiné návykové látky neguje

Sociální anamnéza:

Stav: svobodná, dříve žila s partnerem, nyní střídavě u rodičů a partnera.

Bytové podmínky: s partnerem žije v bytě, u rodičů tráví čas na rodinném statku

Vztahy, role: se svým okolím a rodinou vychází bez komplikací

Záliby: čtení, jízda na koni, sport

Volnočasové aktivity: jízda na koni

Pracovní anamnéza:

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: práce na rodinném statku, studentka VŠ

Vztahy: dobré

3.5 FYZIKÁLNÍ ANAMNÉZA

Celkový vzhled, úprava zevnějšku: Pacientka byla při příjmu i po dobu hospitalizace upravená, dbala o svůj zevnějšek. Byla jí nabízena dopomoc při hygieně, tu však odmítla. Nehty má krátké, zastřižené a upravené, vlasy taktéž.

Dutina ústní a nos: sliznice růžové, bez suchostí, aftu či sooru. Bez známek dehydratace, jazyk pláží středem.

Zuby: zuby vlastní, v pořádku.

Sluch: pacientka slyšící, bez poruch sluchu, rozumí podávaným informacím

Zrak: bez poruch zraku, orientována prostorem

Puls: 74, pravidelný, dobře hmatný

Dýchání: 14, pravidelné, bez patologických změn, pohyby hrudníku souměrné

Krevní tlak: 93/63 mmHg

Tělesná teplota: 36,4 °C

Hmotnost: 77 kg, bez úbytku na váze od poslední hospitalizace

Výška: 176 cm

BMI: 23,9

Rozsah pohybu kloubů: klouby na dolních a horních končetinách klidné, bez otoků či větších ztuhlostí

Svalová tuhost: přiměřená věku

Kůže: U pacientky jsou znatelné eflorescence a mírné mramorování na dolních končetinách v oblasti lýtek. Ojedinele se u pacientky vyskytuje mírná hyperpigmentace a to především v místech po zhojené biopsii. Mírný náznak rozšíření kožních cév, které se při chladu stávají viditelnější, jak sama pacientka udává.

Pohybové ústrojí: stoj i držení těla s chůzí v normě, vzpřímené držení těla, DK prokrvené bez otoků.

3.6 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ DLE DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II.

Posouzení ze dne X. 12. 2016. Záměrně zde nebyla uváděna časová osa vzhledem k možnosti identifikace pacientky. Při utřídění informací bylo pracováno se základními třinácti doménami.

1.doména: PODPORA ZDRAVÍ

Pacientka udává, že se cítí relativně zdráva, jediné obtíže, které udává, jsou mírná svalová slabost a zvýšená únava. Pacientka se aktivně věnuje jezdeckví a doma se aktivně podílí na chodu statku. Nikdy nekouřila, alkohol pije pouze příležitostně, nyní téměř ani to. Pravidelně dochází na kontroly k lékaři – sem na revmatologii, i na alergologii v rámci jejího astmatu. Pacientka chápe důležitost léčebného režimu a dodržuje ho.

Ošetřovatelský problém: zvýšená únava

Použitá měřicí technika: 0

2.doména: VÝŽIVA

Pacientka udává, že nedodrží žádnou dietu. Při příjmu k hospitalizaci ji navštívila nutriční terapeutka a stanovila dietu č. 3 – racionální. Neguje veškeré potravinové alergie. Chuť k jídlu má dobrou. Preferuje spíše domácí stravu, ale jak sama říká, pizze a jinému fastfoodu mnohdy neodolá. BMI vyšlo 23,9 což je normální hodnota. Denně vypije okolo 2l tekutin, kožní turgor má přiměřený. Během dne popíjí vodu, nebo místní čaj.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí techniky: stanovení BMI

3.doména: VÝMĚNA A VYLUČOVÁNÍ

V oblasti vylučování neudává žádné obtíže. Na stolici chodí v pravidelném intervalu a stolice je formovaná, bez abnormalit. S močením nemá pacientka také potíže. Nepocítuje pálení, ani řezání při močení. Při příjmu byla pacientka klidná, SpO₂ 98%, a neměla známky dušnosti. Sama udává mírnou námahovou dušnost z důvodu astma bronchiale, jiné obtíže neguje. Nyní nepozorují ani dušnost klidovou, ani námahovou.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku námahové dušnosti

Měřicí techniky: 0

4.doména: AKTIVITA/ ODPOČINEK

Pacientka neudává obtíže se spánkem, během noci spí dobře. Ráda si ráno přispí, což zde není úplně možné. Během noci spí 6-8hodin. Sama se cítí nyní odpočatá, avšak při větší zátěži má pocit, že se více unaví. Během denních aktivit nevyžaduje žádnou pomoc a je naprosto soběstačná.

Ošetrovatelský problém: zvýšená únava

Použitá měřicí technika: Barthelové test

5.doména: PERCEPCE/KOGNICE

Pacientka je orientována časem, prostorem i osobou. Komunikuje bez obtíží, srozumitelně a plynule. Porucha zraku, ani sluchu není.

Ošetrovatelská problém: 0

Použití měřicí technika: 0

6.doména: SEBEPERCEPCE

Pacientka dodržuje léčebný režim, který jí stanovil lékař, aktivně zajímá o ošetrovatelský proces. Hospitalizace ji nijak nezatěžuje. Nyní je již na druhé cyklofosfamidové infuzi, takže je srozuměna se všemi riziky a okolnostmi.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

7.doména: VZTAHY MEZI ROLEMI

Nyní pacientka žije střídavě v bytě u partnera a u rodičů na rodinném statku z důvodu onemocnění. Vztahy v rodině a s partnerem má dobré, jak sama pacientka uvedla.

Ošetřovatelský problém: 0

Měřicí technika: 0

8.doména: SEXUALITA

Pacientka žije nyní s přítelem a je s ním zasnoubená. Před podáním první léčebné infuze navštívila oddělení asistované reprodukce z důvodu odběru vajíček. Nyní se ohledně této fáze cítí dobře. Během hovoru není již cítit z pacientky stres a obava ohledně plodnosti a odběru vajíček, jak tomu bylo při předchozím pobytu na oddělení.

Ošetřovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

9.doména: ZVLÁDÁNÍ/TOLERANCE ZÁTĚŽE

Při příjmu a i během hospitalizace je pacientka usměvavá, komunikativní. Jako jediný stres udává své onemocnění, které jí bylo nově diagnostikováno. Při předchozích hospitalizacích měla obavu z cyklofosfamidové léčby, avšak nyní je již seznámena se všemi aspekty, které chápe. Po odběru vajíček se cítí také dobře. Je seznámena s prognózami. Celkově má nyní optimistický pohled.

Ošetřovatelský problém: strach, úzkost

Použitá měřicí technika: 0

10.doména: ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pacientka je ateistka, za důležitou považuje svoji zálibu v jízdě na koni a rodinu. Celkově je spokojená se svým životem.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: 0

11.doména: BEZPEČNOST/OCHRANA

Pacientka udává alergie na břízu, jiné lékové nebo potravinové alergie neguje. Tělesnou teplotu má pacientka po celou dobu hospitalizace v normě. Při příjmu byla zavedena pacientce periferní žilní kanyla z důvodu infuzní terapie, okolí bylo klidné, bylo postupováno asepticky i přes to je zde riziko vzniku infekce. Riziko vzniku dekubitů není, hodnoceno dle stupnice Nortonové s výsledkem 34 bodů, bez rizika vzniku.

Ošetrovatelský problém: riziko vzniku infekce, riziko vzniku pádu

Použití měřicí technika: hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

12.doména: KOMFORT

Při příjmu udává pacientka mírné bolesti, od poslední hospitalizace pociťuje zlepšení. Doma na bolest užívala analgetika předepsaná a doporučená lékařem, nyní jsou jí podávána dle ordinace lékaře a potřeby pacientky. Na VAS udává číslo 4 bez námahy a číslo 5 po námaze. Bolest je tupá, při a po námaze vystřelující v oblasti kloubů a svalů na DK a na levé HK. S ostatními pacienty nemá problém a její sociální komfort je dobrý.

Ošetrovatelský problém: chronická bolest

Použitá měřicí technika: VAS

13.doména: RŮST, VÝVOJ

V oblasti růstu a vývoje je u pacientky vše v normě. Pacientka měří 176 cm a váží 77 kg.

Ošetrovatelský problém: 0

Použitá měřicí technika: BMI

3.7 MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT

U pacientky byla během poslední hospitalizace ordinována tato vyšetření: krevní odběry (biochemické a krevní obraz), EKG, RTG (srdce a plíce), a kostní denzitometrie.

Výsledky a závěry čerpala autorka práce z lékařské zprávy pacientky XY.

Krevní odběry

Krevní odběry byly pacientce provedeny v den příjmu. Tabulka 1-3 obsahuje výsledky těchto krevních odběrů. Všechny odchylky od normy jsou v tabulce uvedeny tučně.

Tabulka 3 Biochemické výsledky

Název vyšetření	Výsledná hodnota
S-CRP	2,14 mg/l
S-močovina	2,1 mmol/l
Kreatinin enzymatický	61,0 μ mol/l
S-kyselina močová	243 μ mol/l
S-glukosa	4,5 mmol/l
S-sodík	134,7 mmol/l
S-draslík	3,80 mmol/l
S-chloridy	103,4 mmol/l
S-fosfor	1,23 mmol/l
S-vápník	2,38 mmol/l
S-železo	4,9 μ mol/l
S-bilirubin celkový	8,1 μ mol/l
S-ALP	1,38 μ mol/l
S-AST	0,39 μ mol/l
S-ALT	0,26 μ mol/l
S-GMT	0,15 μ mol/l
A-CK	0,80 μ mol/l

S-Albumin	43,2 g/l
S-celková bílkovina	76,3 g/l

Tabulka 4 Krevní obraz a koagulační vyšetření

Název vyšetření	Výsledná hodnota
WBC LEUKOCYTY	6,2 x 10 ⁹ /l
Erytrocyty	4,76 x 10 ¹² /l
Hb	129,0 g/l
HCT	0,384
MCV	80,7 fl
MCH	27,1 pg
MCHC	336,0 g/l
RDW	0,15
TROMBOCYTY	174 x 10 ⁹ /l
PCT dest. hematokrit	0,21 %
MPV	12,2 fl
PDW	0,16
Neutrofilní segment	0,703
Eosinofily	0,024
Basofily	0,006
Monocyty	0,101
Lymfocyty	0,166
Quick	1,09 -

Tabulka 5 Moč chemicky a močový sediment

pH moče	6,0 arb.j.
U- bílkovina	0 arb.j.
U- cukr	0 arb.j.
U- aceton	0 arb.j.
U- bilirubin	0 arb.j.
U- ehrlich	0 arb.j.
U- krev	0 arb.j.
Nitrit	0 arb.j.
Hustota	1,009 kg/m ³
Leukocyty- chem	0 arb.j.
Erytrocyty	1 počet/ μl

Leukocyty	11 počet/ μ l
Dlaždicové epitely	14 počet/ μ l
Kulaté epitely	4 počet/ μ l

Zdroj: dokumentace pacientky

Denzitometrie

Denzitometrické vyšetření, které je mezi odborníky často nazýváno pouze jen jako *dexa*, je vyšetření hustoty kostní tkáně. Lze rozlišit dva typy. Jeden typ denzitometrie pracuje na principu ultrazvuku, druhý pracuje na principu rtg. Z výsledku lze stanovit jak diagnózu, tak určit, jakým stupněm osteoporózy pacient trpí.

Příprava na toto vyšetření není nijak specifická. Nevýhoda tohoto vyšetření je vystavení pacienta radiačnímu záření. Výhodou je pak bezbolestné, rychlé a relativně přesné určení hustoty kostí.

U pacientky nebyl ve zprávě zobrazen celý výsledek a schéma z tohoto vyšetření, ale byl proveden tento záznam:

- páteř L1 – L4 – 1,3
- krček femuru + 0,1
- radius – 0,9

EKG

EKG bylo pacientce provedeno v den příjmu všeobecnou sestrou a dále bylo předáno lékaři k odbornému posouzení. Toto EKG bylo bez akutních ischemických změn. sinusový rytmus, AS 75/min, PQ 136 ms, QRS 76 ms, QTc 414 ms.

RTG

Nález z rentgenu srdce a plic byl zcela fyziologický.

Shrnutí

Pacientce byla vydána ošetřující lékařkou žádanka na oční vyšetření, které si pacientka domluví sama z domova. Nadále byla poučena o kontrolních krevních odběrech (KO + diferenciál a biochemické odběry se zaměřením na jaterní soubor,

renální parametry a iontogram), které provede praktický lékař pacientky XY, jako monitoraci bezpečnosti po užití druhého cyklofosfamidového pulzu 10 den od podání.

Pacientka se může racionálně stravovat, neměla by prochladnout a vyvarovat se infekčním onemocněním a infekcím celkově, pokud to bude možné.

3.8 SITUAČNÍ ANALÝZA

Dne X.12.2016 byla pacientka přijata cestou plánovaného příjmu na lůžkové oddělení Revmatologického ústavu v Praze k podání druhé cyklofosfamidové terapie. Pacientka se při příjmu cítila dobře, udávala bolest především v oblasti svalů a kloubů na horní levé končetině a obou dolních končetinách, dále pak také sklon ke zvýšené únavě a ranní ztuhlost, která však do 10-15min po rozhýbání odeznívá. Pacientka podstoupila kontrolní biochemické odběry. Byla zvážena, změřena a vyšetřena lékařkou. Dále jí byl změřen tlak, pulz a saturace. Fyziologické funkce má dle ordinace lékařky měřeny 2x denně a to ráno a večer.

K dnešnímu dni X. 12. 2016 má pacientka zaveden pžk z důvodu infuzní terapie. Okolí je klidné, kanyla je průchodná, další výměna za 72 hodin. Pacientka nyní pociťuje mírné bolesti v dolních končetinách a levé horní končetině a to především v oblasti kloubů a svalů. Po podání analgetik, Zaldiar p.o., dle ordinace lékařky pociťuje do cca 1 hodiny mírnou úlevu. V lékové kartě má předepsána analgetika dle potřeby. Při denních aktivitách nevyžaduje dopomoc, je edukována o možnosti pomoci. Je srozuměna s dalšími ošetrovatelskými postupy. Na DK má nyní mírné mramorování, které se při chladu stane výraznější. Dle potřeby pacientce poskytujeme náhradní deku, aby byla v teple.

3.9 STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

U pacientky bylo stanoveno celkem 8 ošetrovatelských diagnóz, které byly seřazeny dle priorit, jednak ze strany všeobecných sester, tak dle priorit, které uvedla sama pacientka. V ošetrovatelském procesu byly rozpracovány celkem čtyři diagnózy. U těchto diagnóz byly rozpracovány priority, očekávané výsledky, cíle krátkodobé, dlouhodobé a intervence. Zejména dvě ošetrovatelské diagnózy byly považovány

za velmi důležité a to únava, kterou sama pacientka pociťuje a vzhledem ke svým zálibám i povolání ji považuje za velmi omezující. Další byla chronická bolest se kterou se pacientka učí dále pracovat.

V rámci pacientčinych zájmů a i její práce byla rozpracována i diagnóza zhoršené tělesné pohyblivosti. Pacientka pociťuje každé ráno ranní ztuhlost v oblasti kloubů na obou DK a levé HK, což ji ovlivňuje v každodenním životě.

Ošetrovatelské diagnózy:

- Únava
- Chronické bolesti
- Syndrom chronické bolesti
- Riziko infekce
- Zhoršená tělesná pohyblivost
- Strach
- Riziko pádu
- Riziko narušení integrity kůže

3.10 ROZPRACOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

ÚNAVA (00093)

Doména 4.: Aktivita/odpočinek

Třída 3.: Rovnováha energie

Definice: „Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.“ (NANDA 2015, str. 195)

Určující znaky:

- zhoršená schopnost zachovat běžnou úroveň fyzické činnosti
- zvýšení požadavků na odpočinek
- únava

Související faktory:

- fyziologický stav
- stresory
- ztráta kondice

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka umí střídat aktivitu a odpočinek
- pacientka chápe vyvolávající příčinu

Cíl krátkodobý: pacientka pochopí příčinu únavy do 1 hodiny

Cíl dlouhodobý: pacientka se naučí odpočívat a šetřit s energií do 2 týdnů

Ošetrovatelské intervence:

- zjistí stav únavy při příjmu pacientky (všeobecná sestra)
- určí schopnost účastnit se denních aktivit při příjmu (všeobecná sestra)
- dopomáhej dle potřeby pacientky při denních aktivitách po celou dobu hospitalizace (ošetřovatel, všeobecná sestra)
- edukuj o signalizaci a možnosti dopomoci při příjmu pacientky (všeobecná sestra)
- zajisti dopravu na vyšetření dle ordinace lékaře (všeobecná sestra)

- prodiskutuj léčebný režim dle potřeby pacientky a při změnách (všeobecná sestra)
- pomoz pacientovi pochopit vztah mezi únavou a nemocí během celé hospitalizace (všeobecná sestra)

Realizace:

Pacientka již před nástupem do nemocnice udávala zvýšenou únavu, která trvá dlouhodobě. Zjistili jsme, že zvládne sama denní aktivity a v rámci nemocničního prostředí ji únava nijak neomezuje. Omezující je pro ni v denním životě v rámci práce a zálib. Dopomoc během dne na oddělení nepotřebovala, ačkoliv byla edukována o možnostech dopomoci a signalizace. Dále byla pacientka edukována o možnosti nárůstu únavy z důvodu cyklofosfamidové terapie. Pacientka edukaci pochopila. Již z dřívějšího pobytu pacientka rozumí důvodu vzniku zvýšené únavy a snaží se střídat aktivitu s odpočinkem.

Hodnocení:

Pacientka chápe důvod zvýšené únavy. Po první hospitalizaci byla seznámena s tím, že bude v rámci jejího zdravotního stavu docházet ke zvýšené únavě. Při této hospitalizaci již pacientka chápe, že opravdu bude trpět zvýšenou únavou. Také ví, že musí střídat aktivitu X odpočinek dle svých možností. Oba cíle byly splněny. Během hospitalizace pacientka především odpočívá na lůžku. Dopomoc při denních aktivitách nevyžaduje.

CHRONICKÁ BOLEST (00133)

Doména 12.: Komfort

Třída 1.: Tělesný komfort

Definice: „Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkání či popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti): náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného či předvídatelného konce a s trváním delším než 3 měsíce.“ (NANDA 2015, str. 405)

Určující znaky:

- výrazy v obličeji (např. ztráta lesku v očích, zbitý pohled, fixní nebo roztroušený pohyb, grimasa)
- zprostředkované hlášení o bolesti/změnách v aktivitách (např. člen rodiny, pečovatel)
- vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např. Wongova-Bakerova škála bolestivých výrazů v obličeji, vizuální analogová škála, numerická škála)

Související faktory:

- únava
- poškození nervového systému

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka umí vyjádřit verbálně i nonverbálně svou bolest
- pacientka umí využít možnosti léčby
- rodina spolupracuje při zvládnání chronické bolesti u pacientky

Cíl krátkodobý: pacientka umí popsat svou bolest, specifikovat intenzitu do 24hodin

Cíl dlouhodobý: pacientka umí využívat nefarmakologické postupy pro zlepšení bolesti do 3týdnů

Ošetřovatelské intervence:

- vysvětlí pacientce VAS a popíše, jak se s ní pracuje při příjmu (všeobecná sestra)
- posudí bolest a její projevy při příjmu a každý den, nebo dle potřeby (všeobecná sestra)

- zjistí trvání bolesti při příjmu (všeobecná sestra)
- vysvětlí význam odpočinku v rámci chronické bolesti během hospitalizace (všeobecná sestra)
- dopomáhej při denních aktivitách, pokud je to třeba po celou dobu pobytu (ošetřovatelka, všeobecná sestra)
- podávej medikaci dle ordinace lékaře během pobytu na lůžkovém oddělení (všeobecná sestra)
- edukuj pacienta a jeho rodinu o možnostech nefarmakologického tišení bolesti při příjmu/ propouštění (všeobecná sestra)
- průběžně hodnot' plán léčby bolesti a sleduj účinky analgetické léčby každý den hospitalizace, nebo 3x denně dle potřeby (všeobecná sestra)

Realizace:

Při příjmu pacientka udávala bolest se střídající se intenzitou, kterou trpí již cca 5 měsíců. VAS stupeň 4 v obou DK, levé HK, především oblast kloubů a svalů. Zvýšení bolesti nastupuje po námaze, nebo při větším prochladnutí DK. Doma užívala při zvýšené bolesti dle doporučení lékařky Zaldiar tbl. Analgetika nyní pravidelně nevyžaduje, ale je seznámena s možností říci si o tabletu na bolest, kterou občas využije. Během pobytu nevyžaduje pomoc při denních aktivitách. V průběhu dne byly vznášeny dotazy na zhoršení či zlepšení bolesti a vše bylo zapisováno do ošetřovatelské dokumentace. Samozřejmostí byla spolupráce s lékařem. Pacientka ví, že by měla myslet na svůj zdravotní stav a nepřepínat se po fyzické stránce, což se snaží dodržovat.

Hodnocení:

Pacientka umí popsat a specifikovat svou bolest. První cíl byl tedy splněn. Ačkoliv pacientka trpí bolestí delší dobu, zatím neumí využívat specifické nefarmakologické metody k tišení bolesti.

Jediné co hodnotí kladně, je vliv tepla X chladu na svaly a klouby DK. S druhým cílem bude tedy nadále pracováno vzhledem k plánovaným opakovaným hospitalizacím.

RIZIKO INFEKCE (00004)

Doména 11.: Bezpečnost/ochrana

Třída 1.: Infekce

Definice: „Náchylnost k napadení a množení se patogenů, což může vést k oslabení zdraví.“ (NANDA, 2015, str.345)

Rizikové faktory:

- invazivní postupy

Priorita: nízká

Očekávané výsledky: u pacientky nedojde ke vzniku infekce

Cíl krátkodobý: u pacientky postupujeme asepticky při zavádění pžk (ihned)

Cíl dlouhodobý: pacientka nebude ohrožena infekcí po celou dobu zavedení pžk

Ošetřovatelské intervence:

- při zavádění pžk postupuj asepticky (všeobecná sestra)
- zvol vhodný materiál a dezinfekci při zavádění pžk a při výměně krytí (všeobecná sestra)
- kontroluj pravidelně průchodnost pžk během zavedení pžk (všeobecná sestra)
- vyměňuj krytí pžk během zavedení pžk (všeobecná sestra)
- vyměň pžk po 72 h, nebo dle standardu (všeobecná sestra)

Realizace:

U pacientky došlo ke vzniku rizika infekce při zavedení pžk z důvodu infuzní terapie. Při zavádění bylo postupováno asepticky, okolí bylo chráněno krytím a pravidelně kontrolováno. Další výměna pžk byla naplánována za 72 hodin dle standardu oddělení. K tomu však nedošlo, neboť k odstranění pžk došlo po aplikaci cyklofosfamidu. Samozřejmostí bylo ponechání pžk 24 hodin po aplikaci z důvodu nežádoucích účinků léčby.

Před, během i po aplikaci byl pžk kontrolován. Všechny údaje byly zaznamenány i do ošetrovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Oba stanovené cíle byly splněny. U pacientky nedošlo ke vzniku infekce.

ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST

Doména 4.: Aktivita/odpočinek

Třída 2.: Aktivita/cvičení

Definice: „Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin“ (NANDA 2015, str.189)

Určující znaky:

- zhoršené provádění hrubých motorických dovedností
- dis komfort
- zhoršené provádění jemných motorických funkcí

Související faktory:

- snížená vytrvalost
- snížení svalové síly
- ztuhlost kloubů

- bolest
- ztráta kondice

Priorita: střední

Očekávané výsledky:

- pacientka se chce zapojovat i přes obtíže do aktivit
- pacientka umí využívat kompenzační pomůcky
- pacientka nemá poškozenou integritu kůže a jiné následky

Cíl krátkodobý: pacientka umí cvičením rozhybat ztuhlé klouby (do 2hodin)

Cíl dlouhodobý: pacientka není omezována v denních aktivitách a nedojde u ní ke komplikacím spojených s RZ (do týdne)

Ošetrovatelské intervence:

- zhodnot' pohyblivost pacientky při příjmu (všeobecná sestra, fyzioterapeut)
- posuzuj intenzitu bolesti během pobytu na lůžkovém oddělení(všeobecná sestra)
- pobízej pacientku k aktivitě během hospitalizace (ošetřovatelka, všeobecná sestra)
- edukuj pacientku o bezpečnosti a možnosti signalizace při příjmu pacientky (všeobecná sestra)
- zapojuj pacientku a její blízké okolí do denních činností během hospitalizace (ošetřovatelka, všeobecná sestra)
- edukuj pacientku o možnosti spolupráce s fyzioterapeutem při příjmu (všeobecná sestra)

- edukuj pacientku o péči o kůži při příjmu či během hospitalizace (všeobecná sestra)

Realizace:

Pacientku jsme při příjmu edukovali o signalizaci a o prevenci vzniku pádu. Zhodnotili jsme pohyblivost pacientky. Během pobytu pacientka nevyžadovala dopomoc, denní aktivity zvládala sama, signalizaci využívala jen v případě infuzní terapie. Během dopoledních hodin pociťovala ranní ztuhlost, která trvala cca 20 minut.

Hodnocení:

U pacientky byl splněn první stanovený cíl, pacientka byla schopna rozhýbat ztuhlé klouby do 2 hodin. Druhý cíl splněn nebyl, pacientka sama zvládne denní aktivity, ale v rámci každodenních aktivit, které musí vykonávat i mimo nemocniční prostředí, se cítí omezována nejen ranní ztuhlostí, ale celkově zhoršenou pohyblivostí a únavou.

RIZIKO PÁDU 00155

Doména 11.: Bezpečnost/ochrana

Třída 2.: Tělesné poškození

Definice: „Náchylnost k pádu, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.“

Rizikové faktory:

- anémie
- neuropatie
- užívání léků tlumící CNS

Priorita: nízká

Očekávané výsledky:

- u pacientky nedojde k pádu

Cíl krátkodobý: pacientka pochopí edukaci v oblasti prevence pádu (do 15 minut)

Cíl dlouhodobý: pacientka bude dodržovat pravidla bezpečného pohybu (po celou dobu hospitalizace a v domácím prostředí)

Ošetrovatelské intervence:

- posud' rizikové faktory (všeobecná sestra)
- zhodnot' pohyblivost pacienta (všeobecná sestra)
- zajisti bezpečné prostředí pro pacienta (sanitář, ošetrovatelka, všeobecná sestra)
- edukuj pacienta o pravidlech bezpečného pohybu (všeobecná sestra)
- edukuj pacienta o možnostech signalizace (všeobecná sestra)
- v letních měsících edukuj pacienta o pitném režimu (všeobecná sestra)
- dopomáhej dle potřeby pacienta (sanitář, ošetrovatelka, všeobecná sestra)

Realizace:

Pacientka byla v den příjmu edukována o pravidlech bezpečného pohybu. Dále byla edukována o možnostech využít signalizaci v případě potřeby. Pacientka byla a je soběstačná při denních aktivitách, ale dopomoc jí byla nabízena. Během pobytu byla pacientka také poučena o riziku pádu v rámci cyklofosfamidové terapie. V pokoji se nenacházeli žádné překážky bránící bezpečnému pohybu.

Hodnocení:

Pacientka po edukaci pochopila prevenci vzniku pádu. Během pobytu na lůžkovém oddělení dodržovala pravidla bezpečného pohybu a k pádu nedošlo. Pochopila také nutnost dodržovat pravidla bezpečného pohybu i v domácím prostředí. Cíle byly tedy splněny. Cíle byly tedy splněny.

3.11 SHRNU TÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacientka byla přijata na oddělení Revmatologického ústavu pro druhou dávku plánované cyklofosamidové léčby. Při příjmu i během léčebného pobytu na oddělení působila pacientka klidně a vyrovnaně. Cítila se dostatečně informována o léčebných a ošetřovatelských postupech.

Během příjmu byla pacientka všeobecnou sestrou edukována o prevenci vzniku pádu, o péči o kůži, o monitoringu bolesti navštívila ji nutriční terapeutka a lékařka ji edukovala o užívání léků.

Při příjmu a po posouzení stavu byly stanoveny ošetřovatelské diagnózy a ty byly dále rozpracovány dle individuálních potřeb pacientky. U každé diagnózy byl stanoven krátkodobý i dlouhodobý cíl, ošetřovatelské intervence a následně zapsána realizace plánu. Za zmínku stojí především dvě stanovené diagnózy a to únava a chronická bolest.

U diagnózy, která se zabývá únavou byly stanoveny cíle, že pacientka pochopí příčinu únavy a naučí se odpočívat. Během pobytu a po rozhovoru s pacientkou lze říci, že cíle byly splněny. Pacientka chápe důvod zvýšené únavy, umí odpočívat a zná význam střídání aktivity X odpočinku. Pacientka byla edukována, že může pociťovat zvýšenou únavu a to nejen z pohledu základní diagnózy, ale také v rámci léčby (cyklofosamidová terapie). Sama slečna XY bere tento vzniklý problém jako omezující, nejen díky svým zájmům, ale také v rámci svého povolání.

Další ošetřovatelskou diagnózou, která byla považována za zásadní, je chronická bolest. Pacientka i její blízcí ví, jak zvládat tuto bolest, je poučena o možnostech analgetické terapie ze strany lékaře a o možnostech nefarmakologického tišení bolesti ze strany nezdravotnického personálu, nicméně tuto možnost zatím neumí využívat.

U potenciální diagnózy *riziko vzniku infekce* byly splněny cíle. Po zavedení pžk z důvodu infuzní terapie nedošlo ke vzniku infekce a byl dodržen aseptický postup. Kanyla byla průchodná, okolí klidné.

Během pobytu pacientka nevyžadovala dopomoc při denních aktivitách, přesto ji tato možnost byla průběžně nabízena. Celou hospitalizaci byla spolupráce s pacientkou bezproblémová a ošetřovatelská péče byla zhodnocena jako efektivní.

3.12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci doporučení pro praxi by všeobecné sestry měly dbát u nemocných s diagnózou polyarteriitis nodosa, především u mladých pacientů, kterým bylo toto onemocnění nově diagnostikováno o jejich psychosociální stránku. Měly by dostatečně naslouchat svým pacientům, snažit se je seznámit s chorobou a poskytnout co nejvíce informací o tomto onemocnění z ošetrovatelského hlediska. Zároveň je do ošetrovatelského procesu co nejvíce zapojit. Vzhledem k faktu, že publikace k ošetrovatelskému procesu o vaskulitidách všeobecně, nejsou zatím příliš rozšířené ani mezi odbornými pracovníky v ošetrovatelství, natož mezi širokou veřejností, je velmi důležité, dalo by se říci, že téměř zásadní, poskytnout pacientovi co nejvíce informací o chorobě, jejích rizicích, omezeních a to vše v rámci kompetencí edukátora.

I přes to, že je 21. století, je revmatologie pro všeobecné sestry často velkou neznámou. Proto je zásadním krokem ke správně provedené ošetrovatelské péči kvalitní vzdělání všeobecných sester nejen v problematice tohoto konkrétního onemocnění, ale v problematice revmatologických diagnóz obecně.

ZÁVĚR

Vzhledem k prodlužování lidského života a zvyšujícím se možnostem medicíny, se zkvalitňuje diagnostika revmatologických onemocnění a tím se může zdát, že dochází k jejich nárůstu. Mezi základní diagnózy se kterými se všeobecné sestry na revmatologii setkávají jsou RA, psoriáza a Bechtěrevova nemoc. Tyto nemoci jsou i mezi veřejností čím dál známější a je jim věnována větší pozornost v publikacích.

Ačkoliv polyarteriitis nodosa je stále řazena mezi vzácnější revmatologická onemocnění, počet osob trpící tímto onemocněním se zvyšuje. I dnes v 21. století vzniká u chybně a nebo pozdě diagnostikovaných pacientů riziko úmrtí. U včasné diagnostiky se toto riziko snižuje, nicméně zůstávají rizika specifická pro toto onemocnění jako například riziko vzniku defektů. U pacientů dochází také k nárůstu únavy a ranní ztuhlosti, což je podstatně omezuje v jejich aktivním životě. Je kladen velký důraz na edukaci a to nejen ze strany lékaře, ale také ze strany nelékařských pracovníků, především všeobecných sester.

Při zpracování této bakalářské práce, která se zabývá právě polyarteriitis nodosa, bylo zjištěno, že publikací a odborných článků k ošetrovatelské péči tohoto onemocnění není příliš mnoho a informovanost veřejnosti i zdravotníků není příliš vysoká.

Teoretická část této bakalářské práce měla stanovený cíl výstižně popsat polyarteriitis nodosa včetně potenciálních rizik, což bylo splněno. Do teoretické části byl také zařazen nejen základní popis polyarteriitis nodosa, ale v úvodu jsme se snažili přiblížit práci na revmatologii se zaměřením na hlavní obtíž se kterou se zdravotníci potýkají každý den na ambulancích a lůžkových odděleních a to je chronická bolest. Za zmínku stojí i edukace, kterou všeobecné sestry na revmatologii provádí každý den.

Na teoretickou část navazuje část praktická popisující kazuistiku jedné z pacientek, která byla poprvé v Revmatologickém ústavu hospitalizována cca před 5 měsíci. Jedná se o mladou pacientku s nově diagnostikovanou polyarteriitis nodosa. Po důkladném vyšetřování bylo rozhodnuto o podání cyklofosamidové terapie. Ošetrovatelský proces byl zpracován u pacientky ve chvíli, kdy byla přijata z důvodu podání druhé dávky terapie.

Za cíl bylo stanoveno zpracovat 13 domén ošetrovatelského procesu rozšířené M. Gordon. Tento cíl byl splněn. A druhým cílem bylo zpracovat ošetrovatelské diagnózy a dále je rozpracovat dle NANDA I. taxonomie II. což bylo také splněno.

Ačkoliv, jak je již zmiňováno výše, se může zdát, že pacientka netrpí většími obtížemi, celý tento případ je zajímavý už tím, že pacientku XY budeme nadále na oddělení vídat a můžeme proto pozorovat nejen vývoj její nemoci, ale také kriticky zhodnotit ošetrovatelský proces.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

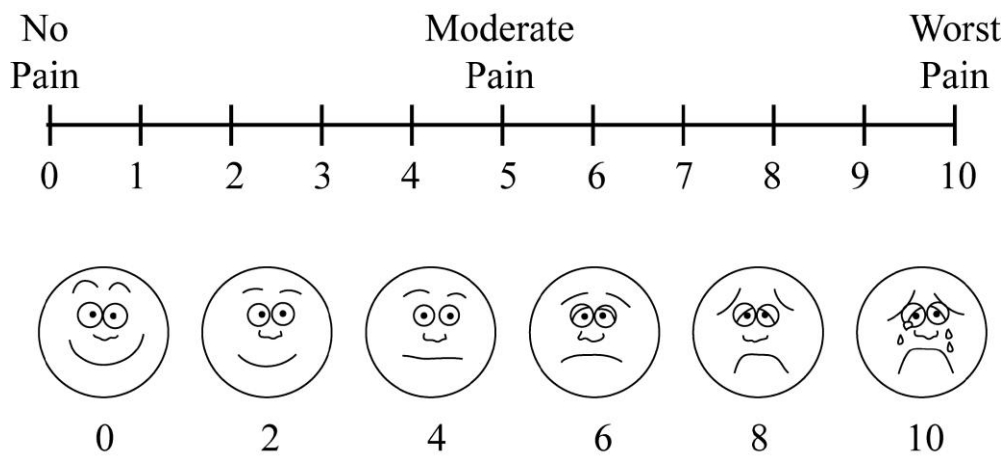
- BEČVÁŘ, Radim, Jozef, ROVENSKÝ, 2010. Sekundárně vaskulitidy při systémových ochoreních spojivového tkaniva a poliekové vaskulitidy. *Vaskulárna medicína*. 2 (3). 120-126. ISSN (není uvedeno)
- BEČVÁŘ, Radim, Vladimír, TESAŘ a Ivan, RYCHLÍK, 1994. *Vaskulitidy v klinické praxi – diagnostika a terapie*. Medprint. ISBN (není uvedeno)
- CIFERSKÁ, Hana, Olga, ŠLÉGLOVÁ, 2013. Stručný přehled terapie bolesti u revmatických chorob, *Acta medicae*. 5. 42-52. ISSN 805-398X.
- HERDMAN et al., 2016. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2015-2017*. Grada publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5412-3
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8
- KOUŘILOVÁ, Irena, 2011. *Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronické nemocné*. Hartmann. ISBN 978-80-254-9105-8
- MAROZ, Natallia, Richard, SIMMAN, 2014. Wound Healing in Patients With Impaired Kidney Function. IN *Journal of the American College of Clinical Wound Specialists*. 5 2-7. (ISSN není uvedeno)
- OLEJÁROVÁ, Marta, 2008. *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-115-4
- OLEJÁROVÁ, Marta a Jana KORANDOVÁ, 2011. *Lexikon revmatologie pro sestry*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2455-6
- PAVELKA, Karel., 2012. Bolest u revmatických onemocnění, možnosti hodnocení a léčby. IN: ROKYTA, Richard, Miloslav, KRŠIAK a Jiří, KOZÁK. *Bolest*. Praha: Tigis. 451-474. ISBN 978-80-87323-02-1
- PAVELKA, Karel, Jiří VENCOVSKÝ, 2000. *Terapie nejčastějších revmatických onemocnění na začátku nového milénia*. Praha: Medivize. ISBN 80-238-6660.5

- POKORNÁ, Andrea, Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing,a.s. ISBN 978-247-3371-5
- ROVENSKÝ, Josef, 2014. *Gerontorevmatologie*. 1.vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-147-6
- REVMATOLOGICKÝ ÚSTAV. Standard 08: *Hodnocení bolesti u onemocnění pohybového aparátu*. Praha 2016
- ŠLÉGLOVÁ, Olga, 2012. Neuropatická bolest v revmatologii. *Farmakoterapie*. **8** (1), 72-78. ISSN 1801-1209; 1801-7509 (elektronická verze)
- ŠLÉGLOVÁ, Olga, 2012. Bolest u revmatických onemocnění a možnosti jejich léčby. *První linie*. **2**, 22-25. ISSN 1804-9028.
- ŠLÉGLOVÁ, Olga, 2013. Neuropatická bolest v rukou revmatologa. *Lékařské listy*. **5**, 22-26. ISSN 0044-1996
- ŠLÉGLOVÁ, Olga, 2014. Léčba akutní bolesti v revmatologii. *Lékařské listy*. **5**, 25-28. ISSN 0044-1996
- VANĚK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta, KOLÁŘOVÁ, 2014. *Bolest v ošetřovatelství*. Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. ISBN: 978-80-7395-769-8
- VOKURKA, Martin, Jan, HUGO, 2010. *Velký lékařský slovník*. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5
- Atlases – Pathology images* [online].Kožní biopsie – kol. autorů. 20.1.2017. Dostupné z: https://atlases.muni.cz/atlases/kuze/atl_cz/sect_main.html
- Vitalion* [online]. MAFRA, a.s., Praha. © 2017 Vitalion.cz. 24.1.2017. Dostupné z: <http://vysetreni.vitalion.cz/angiografie/>

PŘÍLOHY

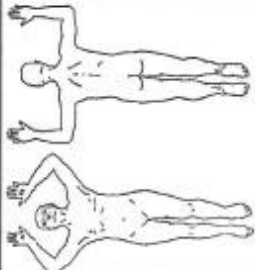
Příloha A	Příklady škál intenzity bolesti
Příloha B	Plán péče o dekubity a jiné defekty
Příloha C	Ošetření dekubitu / defektu
Příloha D	Edukační záznam
Příloha E	Kožní projevy PAN (mramorování)
Příloha F	Rešeršní protokol
Příloha G	Čestné prohlášení

Příloha A – Příklady škál intenzity bole



(PAVELKA, 2012, str. 452)

Příloha B – Plán péče o dekubity a kožní

PLÁN PÉČE O DEKUBITY A KOŽNÍ DEFEKTY									
VSTUPNÍ A PRUBEŽNÁ CHARAKTERISTIKA RÁNY - dne:									
Datum narození:									
Jméno a příjmení pacienta:									
Typ rány:	Velikost rány:	Tvar rány:	Povaha rány:	Exudát:	Zápach:	Okolí rány:	Okraje rány:	Bolest:	Kompres.ter.
<input type="checkbox"/> dekubitus <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> diab. gangr. <input type="checkbox"/> mechanická <input type="checkbox"/> traumatická <input type="checkbox"/> jiný defekt	<input type="checkbox"/> šířka <input type="checkbox"/> délka <input type="checkbox"/> hloubka <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> okrouhlý <input type="checkbox"/> štěrbinovitý <input type="checkbox"/> nepravidelný <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> epitelizující <input type="checkbox"/> granuloční <input type="checkbox"/> povleklá <input type="checkbox"/> seceranující <input type="checkbox"/> nekrotizující <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> bílý <input type="checkbox"/> žlutý <input type="checkbox"/> zelený <input type="checkbox"/> krvavý	<input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> lehký <input type="checkbox"/> ostrý <input type="checkbox"/> jiný	<input type="checkbox"/> křídlné <input type="checkbox"/> lesklé <input type="checkbox"/> zarudlé <input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> otok <input type="checkbox"/> ↑ teplota <input type="checkbox"/> nekroza	<input type="checkbox"/> ohraničené <input type="checkbox"/> neschraničené <input type="checkbox"/> pozvolně <input type="checkbox"/> navahlité	<input type="checkbox"/> není <input type="checkbox"/> při převazu <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> stálá	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ve dne <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> trvale
									
Stanovený cíl: <input type="checkbox"/> vyčistí ránu <input type="checkbox"/> podpoří a chránit granulaci <input type="checkbox"/> podpořit epitelizaci <input type="checkbox"/> jiný									
Faktory ovlivňující proces hojení rány: <input type="checkbox"/> ICHS <input type="checkbox"/> onem. perif. cév <input type="checkbox"/> tepen <input type="checkbox"/> žil <input type="checkbox"/> hypertenze <input type="checkbox"/> diabetes mellitus <input type="checkbox"/> tromboza <input type="checkbox"/> vas kullitida <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> karcinom									
Dekubitus: I. zčervenání II. tvorba puchýřů III. poškození kůže IV. hluboké poškození V. dek. na kosti, nekroza									
Rozšířená stupnice Nortonové									
NEBEZPEČÍ DEKUBITU VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružené onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence	Součet
úplná 4	< 10 4	normální 4	žádné 4	dobrý 4	bdělý 4	chodí 4	úplná 4	není 4	
částečně omezená 3	< 30 3	alergie 3	DM, ↑TT, anémie, kachexie 3	zhoršený 3	apatický 3	s doprov. 3	částečné omezená 3	občas převážně moč 2	
velmi omezená 2	< 60 2	vřítká 2	trombóza, obezita 2	špatný 2	zmatený 2	sedávka 2	omezená 2	moč + stolice 1	
žádná 1	> 60 1	suchá 1	karcinom 1	velmi špatný 1	bezvědomí 1	leží 1	velmi omezená 2		

datum:
 podpis:

(Revmatologický ústav Praha)

Příloha C – Ošetření dekubitu / defektu

Pokus Pokusník
121212121
zsz 1,16300 Praha
Poř.: 111
DG:
Č.chorobopisur: 607-15

Adresa
Revmatologický ústav
Ulice: Na slupí 4, 128 50
PSČ: 128 50
IČO: 00023728

Ošetření dekubitu

- Datum a čas: 16.08.2016 08:00 Typ rány: diab.gangr.
Lokalizace: Hýždě Strana: levá
Průběh hojení rány: Ide,
Lokální terapie: ěř
Další převaz: 17.08.2016 Ošetřil/a: kk
- Datum a čas: Typ rány: traumatická
Lokalizace: Rameno Strana: levá
Průběh hojení rány:
Lokální terapie:
Další převaz: Ošetřil/a:
- Datum a čas: Typ rány:
Lokalizace: Strana:
Průběh hojení rány:
Lokální terapie:
Další převaz: Ošetřil/a:
- Datum a čas: Typ rány:
Lokalizace: Strana:
Průběh hojení rány:
Lokální terapie:
Další převaz: Ošetřil/a:
- Datum a čas: Typ rány:
Lokalizace: Strana:
Průběh hojení rány:
Lokální terapie:
Další převaz: Ošetřil/a:
- Datum a čas: Typ rány:
Lokalizace: Strana:
Průběh hojení rány:
Lokální terapie:
Další převaz: Ošetřil/a:

(Revmatologický ústav Praha)

Příloha D – Edukační záznam

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Na Slupí 6, 128 50 Praha 2, IČ: 00023728

RÚ Revmatologický ústav

Jméno: _____
 Příjmení: _____
 Datum narození: _____

Datum: _____	
Edukováná osoba <input type="checkbox"/> Pacient/ka <input type="checkbox"/> Rodinný příslušník	Edukováná osoba <input type="checkbox"/> Při příjmu <input type="checkbox"/> V průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> Při propuštění/překladu
Téma edukace	Téma edukace
<input type="checkbox"/> Pitný režim <input type="checkbox"/> Dieta (životospráva) <input type="checkbox"/> Edukace při DM <input type="checkbox"/> Edukace při DNĚ <input type="checkbox"/> Edukace při poroze či OA <input type="checkbox"/> Ošetřování ran <input type="checkbox"/> Aplikace s.c. inj. <input type="checkbox"/> Rehabilitace <input type="checkbox"/> Léčiva <input type="checkbox"/> Hygiena (kosmet. přípravky)	<input type="checkbox"/> Pitný režim <input type="checkbox"/> Dieta (životospráva) <input type="checkbox"/> Návčik sebeobsluhy <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Používání ortéz (pomůcky) <input type="checkbox"/> Prevence TEN <input type="checkbox"/> Sociální péče <input type="checkbox"/> Domácí ošetřování <input type="checkbox"/> Jiná:
Použitá metoda: <input type="checkbox"/> Ústní <input type="checkbox"/> Písemná	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> Neschopen edukace <input type="checkbox"/> Praktický návčik <input type="checkbox"/> Audio/video
Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> Edukaci chápe <input type="checkbox"/> Edukaci nechápe <input type="checkbox"/> Prokazuje dovednost	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> Nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> Edukaci odmítá <input type="checkbox"/> Z důvodu zdravotního stavu nelze edukovat
Niže podepsaný/á pacienti/ka souhlasí, že byl/a seznámen/a s prostředím oddělení a pokojem, včetně signalizačních zařízení, domácím řádem oddělení, kamerovým systémem, právy pacientů a provozem oddělení.	
Podpis edukujícího:	Podpis edukujícího:
Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:

Příloha č. 6 Sm-2013/2013

Dokument: RÚ_edukační_záznam_v01_20170111.pdf

(Revmatologický ústav Praha)

Příloha E – Kožní projevy PAN (mramorování)



(<http://cmp-manual.wbs.cz/2202-vaskulitidy8-PAN.html>)

ŽIVOT PACIENTA S REVMATOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Tereza Tlustá

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: Bolest. Cytostatika. Defekty. Ošetřování ran. Polyarteriitis nodosa. Revmatologie. Vaskulitida.

Časové vymezení: 2010 - 2017

Druhy dokumentů: knihy, odborné články, příspěvky ve sborníku, internetové zdroje

Počet záznamů: 73

Použitý citační styl: ČSN ISO 690, Harvardský styl

Základní prameny: Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Bibliographia medica Čechoslovaca

Databáze CINAHL a MEDLINE

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Život pacientka s revmatologickým onemocněním v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....

Jméno a příjmení studenta