

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Lucie Bílková

**Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou
psoriasis**

*Nursing care about patient with the diagnosis of
psoriasis*

Bakalářská práce

Praha, červen 2019

Autor práce: Lucie Bílková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Holubová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Klinický konzultant: **MUDr. Lukáš Lacina, PhD**

Pracoviště: **1. LF UK, Dermatovenerologická klinika**

U nemocnice 2, Praha,

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 15. května 2019

Lucie Bílková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala celé své rodině, rodičům, příteli, a hlavně synům, za jejich trpělivost a shovívavost, během celého mého studia. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Lukášovi Lacinovi PhD., za trpělivost a odborné rady, a Mgr. Janě Holubové za pozitivní přístup, cenné rady při konzultacích, ale hlavně za velkou trpělivost při vedení celé mé práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Anatomie kůže.....	8
1.1.1 Pokožka	8
1.1.2 Škára.....	9
1.1.3 Podkoží.....	10
1.1.4 Přídavné kožní orgány	10
1.2 Psoriáza – základní charakteristika onemocnění.....	12
1.3 Epidemiologie onemocnění.....	12
1.4 Klinický obraz, druhy psoriázy	13
1.5 Klinické vyšetření a laboratorní metody	16
1.6 Průběh onemocnění	17
1.7 Terapie.....	18
1.7.1 Lokální léčba	21
1.7.2 Základní formy extern	28
1.7.3 Základní strategie aplikace extern.....	31
1.7.4 Fototerapie.....	33
1.8 Komplikace onemocnění.....	34
1.9 Prognóza a prevence	35
2. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA	36
2.1 Základní údaje o nemocném	36
2.2 Lékařská anamnéza	36
2.3 Ošetrovatelská anamnéza	39
2.3.1 Model funkčních vzorců zdraví	39
2.3.2 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordon	39
2.4 Průběh hospitalizace.....	42
2.5 Dlouhodobá péče.....	51
2.6 Ošetrovatelské problémy.....	52
2.6.1 Riziko vzniku bolesti z důvodu psoriatické artritidy	53
2.6.2 Porušená kvalita života z důvodu problematického začlenění se do společnosti.....	56
DISKUZE.....	60
ZÁVĚR	65

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	66
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou psoriasis. S touto diagnózou se velmi často setkávám ve svém zaměstnání. Přestože je toto onemocnění v dnešní době poměrně časté, stále kolem něj panuje mnoho mýtů a nesprávných informací. Jedná se o chronické neinfekční kožní onemocnění, které se projevuje zánětlivými ložisky, většinou na trupu a končetinách, někdy i ve kštici. Psoriáza postihuje děti, dospělé, a v každé věkové skupině má poněkud odlišnou charakteristiku. Obě pohlaví postihuje ve stejné míře. Ve své práci bych ráda poukázala na různé varianty onemocnění, na specifickou léčbu, která se u psoriázy technicky, a často i finančně, náročná.

Svou bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou částí, teoretické a praktické, se zaměřením na ošetrovatelské aspekty onemocnění.

V teoretické části jsem popsala anatomii kůže, základní charakteristikou onemocnění, epidemiologii, klinický obraz, laboratorní vyšetření, průběh a terapii, která se musí často kombinovat, ale ani tak vždy výsledek nemusí vést k plnému uzdravení. Velmi důležitá je prevence zhoršujících faktorů. Prognóza psoriázy bývá někdy závažná.

V praktické části práce se zabývám kazuistikou pacienta, který se s psoriázou potýká od roku 2016. Popisuji zde lékařskou anamnézu, sestavila jsem ošetrovatelskou anamnézu za pomoci modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon, popisuji průběh hospitalizace, dlouhodobou péči po propuštění z hospitalizace, dva ošetrovatelské problémy: riziko vzniku bolesti z důvodu psoriatické artritidy a porušenou kvalitu života z důvodu problematického začlenění se do společnosti.

V diskuzi popisuji léčbu bolesti, biologickou léčbu a hodnocení kvality života pacientů s diagnózou psoriázy.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Anatomie kůže

Kůže (latinsky *cutis*, řecky Δερμα) je rozsáhlý plošný orgán, který tvoří zevní povrch organismu, a bariéru organismu vůči okolí. U dospělého člověka má plocha kůže téměř 2 m². K odhadu plochy kůže, můžeme u běžného člověka použít velikost jedné dlaně, která tvoří přibližně 1 % tělesného povrchu. Platí zde tzv. **devítkové pravidlo**, tedy že hlava a krk představují 9 %, trup zepředu 2x 9 %, stejně jako zádní část trupu 2x 9 %, horní končetiny 9 % a dolní končetina 2x 9 % celkového povrchu těla. Zbývající 1 % představuje plocha genitálu a hráze. (ČIHÁK 2016)

Tloušťka kůže se pohybuje od 0,5 mm do 4 mm. Nejtenčí kůži máme na očních víčkách, nejsilnější je naopak na zádech. Zvláštním typem kůže je tzv. **tlustá kůže**, která je na dlaních a ploskách. Kůže většinou dosahuje hmotnosti 3 kg, ale při spojení s výrazným tukem prostoupeným podkožním tukovým polštářem může mít až 20 kg. (ČIHÁK 2016)

Kůže chrání vnitřní prostředí organismu před toxickými látkami z vnějšího okolí, před nepříznivými fyzikálními faktory, před parazity, bakteriemi, plísněmi a viry. I tvorba melaninu má bariérovou funkci., kdy kůže chrání organismus před UV zářením. Kůže s podkožím se podílí i na termoregulaci, chrání nás před chladem, ale i před přehřátím. Syntetickou a metabolickou funkci sehrává například i při tvorbě vitamínu D₃. (NAŇKA et al. 2009)

1.1.1 Pokožka

Pokožka (latinsky *epidermis*) je tvořena dlaždicovým vrstevnatým epitelem. V pokožce se nachází keratinocyty, v menší míře melanocyty, Langerhansovy buňky a Merkelovy buňky. Náhodně se mohou do epidermis dostat buňky imunitního systému. Keratinocyty jsou v epidermis uspořádány do 5 vrstev, jedná se o tzv. **stratum basale**, **stratum spinosum**, **stratum granulosum**, **stratum lucidum**, **stratum corneum**. (NAŇKA et al. 2009)

Ve stratum basale jsou **kmenové buňky**, které zajišťují trvalou sebeobnovu kůže, a dělivou schopnost po celý život, a **melanocyty**, obsahující

organy, které jsou spojené s produkcí přirozeného tmavého pigmentu, melaninu, který je následně předáván okolním keratinocytům, které chrání. (NAŇKA et al. 2009)

Melanogeneze je děj citlivý na UV záření, následkem ozáření kůže proto ztmavne. Kůži před UV zářením chrání melanin. Při špatné produkci melaninu, např. z genetických příčin, vzniká albinismus, u kterého je nápadná extrémní citlivost na UV záření a velká tendence k poškození kůže. I samotné melanocyty jsou citlivé na poškození UV paprsky, mohou být zdrojem pro vznik zhoubného nádoru, tzv. maligního melanomu. (NAŇKA et al. 2009)

Langerhansovy buňky se bazální laminou z dermis dostávají do epidermis z krevní dřeně. V epidermis mají funkci imunitního dohledu, kde rozpoznávají hrozící nebezpečí z vnějšího prostředí. Při kontaktu s antigenem se vrací zpět do dermis, kde lymfatickou kapilárou vstoupí do lymfy, a navrací se zpět do lymfatické uzliny, kde předají informaci o hrozícím nebezpečí a prezentuje rozpoznaný antigen. Ostatní buňky, B a T lymfocyty, se aktivují, vytvoří protilátky, nebo napadají určený cíl. (NAŇKA et al. 2009)

Merkelovy buňky leží při bazální membráně v epidermis, kde jsou v kontaktu s nervovým zakončením. Nejvíce jsou v oblasti vlasových folikulů, kde fungují jako mechanoreceptory. (NAŇKA et al. 2009)

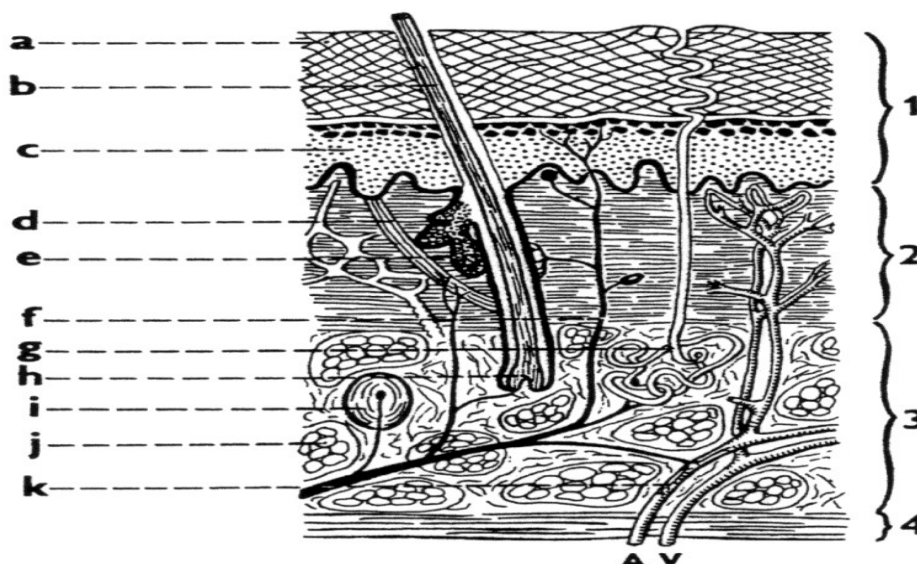
1.1.2 Škára

Škára (latinsky *dermis, corium*) je pevná a pružná vazivová vrstva kůže, tvořená elastickými a kolagenními vlákny, která chrání tělo před mechanickým poškozením. Bazální membrána, která vybíhá ve zvlněné papily, spojuje pokožku se škárou. Ve zvlněných papilách jsou povrchní kapiláry, které zásobují živinami škáru i stratum basale v pokožce, které nemá vlastní cévy. V papilách jsou tělíška, pro vnímání dotyku, tzv. **Meissnerova tělíška**, pro vnímání chladu to jsou tzv. **Krauseho tělíška** a pro vnímání tepla tzv. **Ruffiniho tělíška**. Epidermální orgány, tzv. adnexa, najdeme ve škáře a jsou to hlavně vlasové folikuly, potní a mazové žlázy. (ČIHÁK 2016)

1.1.3 Podkoží

Podkoží (latinsky *hypodermis, tela subcutanea*) je poslední vrstva kůže, nacházející se pod škárou a volně se spojuje se strukturami, které leží pod ní, jako jsou svalové fascie. Podkoží obsahuje nerovnoměrně rozmístěné tukové buňky, tzv. **adipocyty**, a receptory tahu a tlaku, tzv. **Vater – Paciniho tělíska**. Podkoží je zásobárnou energie, obsahuje zásoby lipofilních látek, vitamíny A, D, E a K. Hmotnost a tvar celého těla udává podkožní tuková vrstva. Funkcí podkožního vaziva je izolovat a chránit svaly a nervy. (NAŇKA et al. 2009)

Obrázek č.1 Stavba kůže (řez)



<http://vos.palestra.cz/skripta/anatomie/12a1.htm>

1. Pokožka; 2. Korium; 3. Podkoží; 4. Podkožní fascie; a) zrohovatělá vrstva pokožky; b) vlas, chlup; c) terminativní vrstva pokožky; d) svalové snopce napřimovače chlupu; e) mazová žláza; f) kožní receptory; g) potní žláza; h) vlasová cibulka; i) kožní receptor (hmat); j) tukový lalůček; k) cévní zásobení kůže (A,V- tepny a žíly)

1.1.4 Přídavné kožní orgány

K těmto orgánům řadíme chlupy, nehty a kožní žlázy, které dělíme na mazové, potní. Vývojově příbuznou, ale velmi specifickou je pak mléčná žláza. (ČIHÁK 2016)

Chlup, vlas

chlup se skládá z vlasového kořene (latinsky *radix pili*), který je v kůži, z volné části, která vyčnívá z kůže, tzv. vlasového stvolu (latinsky *scapus pili*).

Bazální část kořene, je rozšířena ve vlasovou cibulku (latinsky *bulbus pili*), která nasedá na vazivovou papilu (latinsky *papilla pili*). Kolem kořene vlasu jsou vlasové pochvy, které dohromady tvoří vlasový folikul. Růst chlupů je pomalý, denně asi o 0,30 - 0,45 mm. Tvorba chlupu probíhá ve 3 fázích. Začíná růstovou, anagenní fází, pokračuje klidovou, telogenní fází a končí katagenní fází, při které chlup vypadává. Pigment melaninu, který se nachází ve vlasové kůře, podporuje barvu vlasů. Množství pigmentu určuje barvu vlasů. S věkem množství pigmentu přibývá, následně se jeho tvorba zpomaluje. Světlé vlasy mají pigmentu málo. Šedivění vlasů je způsobeno nejen snížením tvorby melaninu ve vlasové kůře, ale i vniknutím vzduchových bublinek do kůry vlasů. (ČIHÁK 2016)

Nehet

Nehet (latinsky *unguis*, řecky ονυξ) je 0.5 mm silná zrohovatělá destička, která se nachází na dorzální straně distálního článku prstu. Kořen nehtu (*radix unguis*) je uložen do hlubokého záhybu epidermis. Tělo nehtu (*corpus unguis*) je vyklenutá, hladká, průsvitná a narůžovělá část, kde prosvítají kapiláry z nehtového lůžka (latinsky *lectulus unguis*). Nehtový val (latinsky *vallum unguis*) je záhyb kůže, který je klenutý přes proximální a boční kraj nehtu. Volný okraj nehtu (latinsky *margo liber*) je bělavý a průsvitný a přečnívající přes okraj prstu. (NAŇKA et al. 2009)

Kožní žlázy

Kožních žlázy máme mazové, potní a mléčné. Mléčná žláza je zvláštním příkladem apokrinní žlázy vycházející z kůže. (NAŇKA et al. 2009)

Mazové žlázy (*glandulae sebaceae*)

Mazové žlázy jsou uloženy ve škáře, a jsou na vázány na chlupy, jejichž vývody ústí do svrchní části kanálu folikulu. Nejvíce mazových žláz najdeme v kůži obličeje a v kštici. (NAŇKA et al. 2009)

Potní žlázy (*glandulae sudoriferae*)

Potní žlázy dělíme na **ekrinní** a **apokrinní**. Ekrinní žlázy jsou v kůži skoro celého těla, nejvíce však na ploskách a dlaních. Uloženy jsou ve škáře, a

ústí na povrchu kůže. Mazové žlázy produkují pot (latinsky *sudor*), který je součástí termoregulačních mechanismů. Apokrinní žlázy jsou podobné, větší a jejich vývod je vázaný na vlasový folikul. Nejvíce jsou v axile, kolem genitálu a v okolí konečníku. Mají postupně rozvíjející funkce. Jejich sekret má specifické aroma, které se objevuje až v pubertě. (NAŇKA et al. 2009)

1.2 Psoriáza – základní charakteristika onemocnění

Psoriáza je zánětlivá choroba kůže, která má chronicky stacionární nebo akutně exantematický průběh. Onemocnění má velký vliv na aspekty života (fyzické, psychické a sociální), kvůli svým častým nápadným projevům. O příčinách existují různé hypotézy. Objevují se úvahy, zda psoriáza není spíše syndromem, jehož různé projevy vedou k podobnému histologickému obrazu. Podle současného konceptu se tedy jedná o orgánově specifické, geneticky podmíněné onemocnění, zprostředkované T lymfocyty. Někdy bývá označováno i za onemocnění komplexní nebo systémové, imunologické nebo autoimunitní. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

1.3 Epidemiologie onemocnění

Epidemiologické údaje posuzujeme relativně, protože stávající práce nemají jednotnou metodiku, a nejsou k dispozici ani souhrnné údaje ze všech evropských zemí. Onemocnění psoriáza postihuje v průměru až 2 % evropské populace. Toto číslo v posledních desetiletích nenarůstá a neliší se ani mezi různými socioekonomickými skupinami, pouze roste incidence s věkem. Více jsou postiženi lidé na severu Evropy (BENÁKOVÁ et al. 2007).

Onemocnění psoriáza není téměř známá u jihoamerických Indiánů. V Číně se vyskytuje jen asi u 0,3 %, v Indii kolem 0,8 % populace. Odlišnosti mohou mít nejen genetické pozadí, ale také rozdíly v sociálních faktorech a v rozdílných podmínkách zevního prostředí. (VAŠKŮ 2015)

Genetický podklad se mezi rodinami a postiženými jedinci liší. Mnoho nemocných nemá nápadnou pozitivní rodinnou anamnézu, která by svědčila pro jednoznačný monogenní způsob dědičnosti. Dokonce ani u jednovaječných dvojčat není postižení přítomno vždy u obou. Toto poukazuje na význam ostatních

faktorů. Postiženi jsou celkově jak muži, tak ženy. Přesto muži mívají těžší průběh, původ této nerovnováhy může být dán odlišným přístupem mužů a žen k lékařské péči a využívání zdravotních systémů. (VAŠKŮ 2015)

Nástup projevů psoriázy je možný téměř v každém věku. Většina případů, 60-75 %, propuká v mladém věku do 35 let. Mnohem vzácněji se choroba objeví již v dětství, tj. asi 10 %, a častěji pak propuká u děvčat. Dle věku dělíme psoriázu na I. typ s vrcholem výskytu mezi 15. - 20. rokem, s rozsáhlejší lokalizací a nestabilním průběhem a na II. typ s vrcholem výskytu mezi 55. - 60. rokem, s lokalizovanějším postižením a stabilnějším průběhem. Podle průběhu dělíme psoriázu na akutně exantematickou a chronicky stacionární (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Mezi nejčastější vyvolávající faktory patří bakteriální infekce, trauma, stres, a někdy i léky. Občas se vyvolávající faktor nepodaří objasnit. Mírnou až středně těžkou psoriázou trpí cca 75 % nemocných, středně těžkou až těžkou psoriázou cca 25 % nemocných. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

1.4 Klinický obraz, druhy psoriázy

Onemocnění psoriáza má různé formy. U pacientů s jedním druhem psoriázy se může časem psoriáza změnit v jiný druh, nebo se může několik druhů zároveň překrývat. (PAGANO 2015)

Nejobvyklejší druhy psoriázy:

Ložisková (psoriasis vulgaris) - je označovaná jako běžný typ (proto latinsky *vulgaris*). Ložiska se vzhledově liší od normální kůže výrazným zarudnutím (erytém), v barvě může dominovat i bělavý odstín, který je způsobený nánosem šupin (skvam), které se mohou poměrně lehce mechanicky odloučit. Po jejich odloučení (občas se toto připodobňuje k odloučení voskové kapky ze skleněného podkladu) se může objevit drobné tečkovité krvácení (tzv. Auspitzův fenomén). Může dojít k postupnému splývání těchto chorobných ložisek, až ve větší chorobné plochy. Ložiska jsou různě nápadně vyvýšená a zatuhlá (tzv. indurace). Starší ložiska (zpravidla stabilní, chronická) mají tmavší barvu a jsou přesně ohraničená od okolní kůže. Postiženy jsou hlavně tzv. predilekční oblasti, a

to lokty a kolena, křížová krajina. Dále bývá postižena oblast kštiny, uší a oblast za ušima. Typické projevy nacházíme i na nehtových ploténkách, kde se objevuje drobné dolíčkování. (PAGANO 2015)

Kapkovitá (psoriasis guttata) – má malá, typická ložiska, která vypadají jako drobné kapky „rozstříknuté“ náhodně na celé ploše těla. Je nezávislá na predilekčních místech. Nejčastěji se vyskytuje u velmi mladých pacientů mezi 8 až 16 rokem. Vznik bývá ve většině případech náhlý, nejčastěji po prodělané streptokokové infekci. Někdy vymizí sama, ale občas může přejít do závažnější chronické ložiskové formy. (PAGANO 2015)

Flexurní, inverzní (psoriasis inversa) – se vyskytuje v oblasti záhybů, jako je podpaží, podbřišek, genitálie, rozkrok, a v rýze mezi hýžděmi. Lokalizace je odlišná od ložiskové psoriázy, a proto se někdy označuje jako „převrácená, inverzní varianta. Ložiska jsou velmi zanícená, lehce zranitelná, a neprojevuje se ani tvorbou šupin. Často dochází k omezení životního stylu a denních aktivit. Kvůli nepříjemným místem výskytu bývá léčba nepříjemná. (PAGANO 2015)

Pustulózní (psoriasis pustulosa) – je typická tvorbou pustul na erytémovém podkladě. Jedná se o drobné dutinky uvnitř epidermis, které jsou plné hnisu, ve kterých dochází k infiltraci bílými krvinkami, tzv. neutrofilů. Objevuje se sice zřídka, ale jedná se o závažnou formu. Vyskytuje se převážně na dlaních a ploskách, jako tzv. acrodermatitis, někdy ale může postihnout celé tělo, tzv. exantematická pustulózní generalizovaná forma. Mezi příznaky patří horečka, slabost a celková vyčerpanost. (PAGANO 2015)

Erythrodermická psoriáza – se objevuje na téměř celé ploše těla, ve více než 90-95 % tělesného povrchu. Celá kůže bývá zarudlá, s masivní tvorbou šupin. Pacient v erythrodermii bývá v ohrožení života. Je ohrožen zvýšenými ztrátami proteinů, tekutin, tepla, po čase proteino-kalorickou malnutricí, náchylností k infekcím. Často se může připojit i těžká kloubní manifestace, následně je pacient ve dvojím ohrožení života. Nejtěžší případy erythrodermie mohou vyžadovat hospitalizaci na specializovaném popáleninovém centru, kde musí být pacient uložen do kyslíkového stanu. (PAGANO 2015)

Artropatická psoriáza (psoriasis arthropatica) – se vyznačuje kromě postižení kůže i závažným postižením kloubů, jde o tzv. psoriatickou artropatii.

Nejčastěji bývá funkční omezení hlavně drobných kloubů mezi články prstů rukou. Mohou být postižené i nosné klouby a osový skelet. S postupujícím onemocněním dochází k degeneraci struktury kostí a jimi tvořených kloubů. Tato forma se objevuje nezávisle v jakémkoliv věku života. (PAGANO 2015)

Rozsah a závažnost psoriázy

Onemocnění psoriáza je závažným onemocněním, kdy je postižení pacientů a jejich kvalitu zdraví a života podmíněna nejen diagnózou, ale i rozsahem postižené kůže a patologickými změnami. K objektivnímu hodnocení byly vyvinuty skórovací systémy, jejichž užívání ovlivňuje nejen lékařské hodnocení, ale i ošetrovatelskou péči o pacienta. Nejběžněji používaným hodnotícím systémem je tzv. PASI skóre (<http://www.dermakalk.cz/pasi/>, staženo 10. 5. 2019).

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – index umožňující objektivně vyjádřit tíži psoriázy a rozsah postižení kůže.

Psoriáza se hodnotí podle 3 základních klinických charakteristik, jako je erytém (zarudnutí), indurace (chorobné ztvrdnutí tkáně), deskvamace (nápadné olupování kůže). Vlastní provedení PASI hodnocení vychází z určení rozsahu kůže, která je postižená psoriatickými změnami. Rozsah postižení kůže se hodnotí v procentech v jednotlivých referenčních zónách, které jsou určeny jako:

- Hlava a krk
- Horní končetiny
- Dolní končetiny
- Trup

Plošný rozsah se stanovuje od 0 % do 100 % v každé oblasti, kdy každý stupeň je nárůst o 10 %. Každá oblast má ještě svojí relativní váhu, kdy následně hodnotíme postižení bodovým systémem, které vystihuje závažnost změn. Přítomnost erytému, indurace a deskvamace se pak hodnotí stupňovitě (od 0 bodů v případě, že znak není vyjádřen, až po 4 body, kdy je dosaženo maximálního vyjádření znaku).

Nejvyšší bodové hodnocení PASI skóre je 72, nejnižší je 0. (<http://www.dermakalk.cz/pasi/>, staženo 10. 5. 2019)

V některých oblastech má psoriáza velký vliv na běžné denní aktivity. Závažnost tohoto postižení může být významná, a to hlavně s ohledem na plochu postižení, kam patří zejména prsty a nehty. K hodnocení poškození nehtů se používá další skórovací systém – NAPSI.

NAPSI (Nail Psoriasis and Severity Index) – index umožňující objektivně vyjádřit stupeň závažnosti psoriázy nehtů.

U každého pacienta je posuzována nehtová matrix (zárodečná část nehtu) a lůžko nehtu, kdy se proto nehet rozdělí do 4 kvadrantů. U psoriasis matrix se hodnotí projevy v jednotlivých kvadrantech, tzv. dolíčkování, leukonychie (bělavé zbarvení nehtových plotének celých nebo částí), červené skvrny v lunule (nehtový měsíček) a drolení nehtu. Postižení je vyjádřeno škálou od 0 do 4. Psoriáza lůžka se hodnotí podle projevů v jednotlivých kvadrantech, jako je onycholýza (oddělení, uvolnění nehtové ploténky od nehtového lůžka), subunguální hyperkeratóza (bradavice nehtového lůžka), „olejové“ (žlutohnědé) skvrny a třískovité krvácení. U každého nehtu se sečte skóre u psoriázy matrix a lůžka. Nejvyšší bodové hodnocení pro jeden nehet je 8, pro všechny nehty je 160. (<http://www.dermakalk.cz/napsi/>, staženo 10. 5. 2019)

PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index) – index umožňující objektivně vyjádřit tíži psoriázy a rozsah postižení kštice.

Psoriáza kštice se hodnotí podle 3 projevů, jako je erytém, indurace, deskvamace. Škála hodnocení je v rozmezí od 0 do 4, i zde je hodnocení v procentech. Nejvyšší bodové hodnocení PSSI je skóre 72 a nejnižší 0. (<http://www.dermakalk.cz/pssi/>, staženo 10. 5. 2019)

1.5 Klinické vyšetření a laboratorní metody

Důležitá je odebraná anamnéza, kde se zajímáme nejen o úzký kruh rodiny, ale pátráme i u všech příbuzných a hledáme všechny výskyty kožních onemocnění. Velmi důležitá je sociální a pracovní anamnéza. Při prvním vyšetření vyšetřujeme kůži v celém rozsahu. (VAŠKŮ 2015, NEJEDLÁ 2015)

Laboratorní vyšetření ve většině případů nejsou nezbytná, nutná jsou pouze u klinicky nejasných případů. U klinicky nejasných případů je nutné histologické vyšetření. Laboratorní vyšetření (například biochemické,

hematologické) je běžné spíše při sledování léčby a jejich nežádoucích účinků, při přítomnosti celkové a kloubní symptomatologie, nebo při diferenciální diagnostice. (VAŠKŮ 2015)

Z vyšetření se nejčastěji provádí:

- biopsie kůže
- C reaktivní protein
- krevní obraz a diferenciální krevní obraz
- sedimentace erytrocytů
- základní biochemie
- revmatoidní faktor
- HLA-B27
- vyšetření moči a močového sedimentu
- panel auto-protilátek

U exantematických výsevů je nutné provést i vyšetření ASO a kultivace, zejména z krku a nosu. Při pozitivním nálezu bakterii v močovém sedimentu se vždy provádí kultivace moče. U lokalizovaných projevů je nutné mykologické a bakteriologické vyšetření. Mělo by se provádět i vyšetření fokálních infekcí v ORL a stomatologické ambulanci, popřípadě další vyšetření na gynekologii, urologii, podle stavu pacienta. (BENÁKOVÁ et al. 2007, VAŠKŮ 2015)

1.6 Průběh onemocnění

U průběhu psoriázy se střídá období remise a exacerbace. Jedná se o nemoc léčitelnou, zhojitelnou, ale ne definitivně vyléčitelnou. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Z hlediska dynamiky má psoriáza 2 typy průběhu:

akutně exantematický – vzniká poměrně rychle, postihuje především mladší jedince a často bývá způsobena infekční nemocí, nebo psychickým stresem. Objevuje se po celém těle, včetně kštice. Projevuje se mírným svěděním. (BĚLOBRÁDEK 2011)

chronicky stacionární – vzniká poměrně pomalu, na jejím vzniku se málo podílí spouštěcí faktory. Projevy mají tmavě červenou barvu, jsou plošně ložiskového až mapovitého rozsahu, kdy na povrchu bývají nápadné světlé šupiny, někdy až nánosy rohoviny. Objevuje se hlavně na loktech, kolenech, v křížové oblasti a ve vlasové části. Svědění bývá nepatrné. (BĚLOBRÁDEK 2011)

Dále je možno podle průběhu rozlišovat:

nestabilní psoriázu – ta představuje přechodnou fázi chronické psoriázy do akutní

aktivní psoriázu – ta má dlouhodobě nepříznivý průběh, je bez remisí, a někdy dokonce se sklonem k přechodu až do erythrodermie (BENÁKOVÁ et al. 2007)

1.7 Terapie

Mezi základní principy je hlavní individualizace léčby. Schematická léčba není přípustná. Každý pacient potřebuje individuální terapeutické a ošetrovatelské řešení. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

V léčbě je velmi důležitá komplexnost a medicínský a psychologický přístup. Prevence je u toho onemocnění velmi důležitá. Léčba psoriázy využívá místní farmakologickou léčbu, léčbu za pomoci fyzikálních prostředků, hlavně fototerapii. U závažnějších forem psoriázy se kombinuje s celkovou farmakologickou léčbou. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Tabulka č. 1 Postup vedení léčby

Strategie, aktivita	Cíl strategie:
1. Obecná edukace pacienta	Získání aktivního postoje pacienta k chorobě
2. Cílená analýza spouštěcích faktorů	Eliminace či redukce spouštěčů, prevence zhoršení
3. Určení klinického stavu	Návrh aktuální, diferencované terapie
4. Zlepšení compliance, stanovení priority pacienta	Maximální individualizace terapie
5. Zrevidování předchozí léčby	Určení chyby, rezervy ze strany pacienta i lékaře
6. Informace o nežádoucích účincích, interakcích	Zvýšení schopnosti sebeošetření, porozumění aplikační technice a režimu
7. Stanovení dlouhodobého léčebného plánu	
8. Základní psychoterapie	

(BENÁKOVÁ et al. 2007, str. 64)

Diferencovaná léčba je termín, kdy je léčba u konkrétního pacienta ovlivněna formou postižení podle aktuálního stavu psoriázy a její lokalizace. K základním principům patří kombinovaná léčba, která vychází z patogeneze nemoci. **Rotační (karuselová) léčba** je termín pro podávání celkových léků, kdy se po určité době se přechází z jednoho léku na druhý, hlavně kvůli špatné toleranci, nebo pro vznik a riziko nežádoucích účinků. Cílem je získat kontrolu nad chorobou, snížit rozsah postižení a udržet dlouhodobou remisi. Důležité je minimalizovat nežádoucí účinky a snažit se o zlepšení kvality života. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

U **kombinované léčby** se nejprve začíná účinnějším, i když rizikovějším lékem, který nám zajistí rychlou kontrolu nad onemocněním a dobrou spolupráci pacienta. V přechodném období k němu nasazujeme druhý, bezpečnější lék. Postupně se pomalu snižuje množství prvního léku na nejnižší možnou dávku, a

lčba nadále pokračuje kombinací lčků, nebo samostatně druhým lčkem. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

U **rotační lčby** se po určité době, po měsíci až letech, plánovaně přechází z jedné skupiny lčků na druhou. Cílem je zamezit klesání efektu nebo omezení orgánové toxicity, která vyplývá z dlouhodobého podávání lčku jedné skupiny. Sloučení kombinované a rotační lčby není podloženo klinickou studií, jde jen o empirické poznatky. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

U nedostatečného efektu lčby je nutné probrat všechny příčiny spouštěcích faktorů, non-compliance pacienta, osobní, sociální a pracovní důvody, nedostatek informací, nevhodná kombinace, nebo nereaktivita na preparát (genetické odchylky, rychlý metabolismus, lčkové interakce). (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Tabulka č. 2 Přehled standardní terapie u psoriázy

Lokální terapie	Fototerapie	Celková terapie
Kortikosteroidy	UVA/ UVB	Acitretin
Analoga vitamínu D ₃	Širokospektré UVB (broad band UVB)	Cyklosporin A
Dehty Ichtamol	SUP UVB 311 nm (narrow band UVB)	Methotrexát
Cignolin	FOTOCHEMOTERAPIE (PUVA a její formy)	Fumaráty (jen v některých zemích EU)
Retinoidy (jen v některých zemích EU)	EXCIMEROVÝ LASER	Biologická léčiva
Shrnutí		
Bezpečná léčba. S minimem systémových nežádoucích účinků. Pracná aplikace, časově náročná, vyžaduje zvládnutí techniky aplikace. Některá léčiva nejsou dostupná na trhu v ČR (lokální retinoidy).	Snadná aplikace. Časově náročná, omezená dostupnost, dlouhodobá rizika UV (karcinogenní působení).	Snadná aplikace, početné vedlejší a nežádoucí účinky. Některé léky jsou nákladné, popřípadě mají omezenou dostupnost v ČR (např. fumaráty)

(BENÁKOVÁ et al. 2007, str. 60)

1.7.1 Lokální léčba

Základem v léčbě mírné a střední psoriázy je použití lokální léčby. U těžké psoriázy se k ní přidává ještě i léčba celková. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Nejúčinnějšími jsou kortikoidy a kalcipotriol, poté cignolin, kalcitriol, takalcitol, tazaroten (není dostupný t.č. v ČR) a nakonec dehet. Velkou roli hraje i indiferentní léčba. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

U zevních léků je nutné znát celkové množství aplikované masti. K určení množství napomáhá **pravidlo odhadu procenta kožního povrchu tzv. devítkové pravidlo** (hlava a krk 9 %, horní končetiny 18 %, trup 36 %, dolní končetiny 36 %, dlaň 1 %), a **odhad množství masti v gramech**, např. pomocí „jednotky

prstového bříška“ ukazováku (váleček masti pokrývající bříško ukazováku od distální flekční rýhy po vrchol ohybu jeho bříška o průměru 5 mm, který je nejčastějším rozměrem ústí uzávěru tuby), u dospělého muže odpovídá 0,49 g masti a pokryje 312 cm² povrchu, u ženy odpovídá 0,43 g masti a pokryje 257 cm² povrchu. (ŠTORK 2008)

Emoliencia a keratolytika

Obě tyto skupiny patří do segmentu tzv. spíše indiferentní péče o psoriatickou kůži. Psoriatická kůže má změněný obsah ceramidů, nenasycených mastných kyselin a vyšší obsah cholesterolu. Výhodou je zařazení zvláčňující (emoliencium) léčiva do léčebného postupu, i když je vliv na vlastní průběh u psoriázy omezený. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Emoliencia dělíme na:

přímá – přímo na sebe váží vodu, mají pasivní efekt (nesnižují ztrátu vody a nezlepšují obnovu kůže), spadají spíše do oblasti kosmetiky

nepřímá – působí díky okluzi (tedy snižují aktivně ztrátu vody), nebo také díky fyziologickým lipidům, jejich efekt je aktivní, hlubší a dlouhodobější, spadají spíše do oblasti léčebné kosmetiky. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Mezi nejběžnější emoliencia patří čisté masťové a krémové základy se zaručenou stálostí složení, které je jednoznačně definováno a garantováno. Proti kosmetickým přípravkům jsou výhodnější, nejen s ohledem na svou bezpečnost, ale i zpravidla pro malý iritační potenciál. (SKLENÁŘ et al. 2009)

U psoriázy do masťových základů, které se mohou používat i samotné, můžeme přidávat účinné látky, která pomáhají při odlučování šupin, které kryjí zánětlivá ložiska. Tyto účinné látky označujeme jako keratolytika. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Při ošetřování chronických ložisek musíme na prvním místě odstranit nánosy šupin. Pro toto odstranění je nejvhodnější **kyselina salicylová** (2-hydroxybenzoová) ve 4-10% koncentraci, která se nejběžněji přidává do vazelíny, kterou za přidání malého množství oleje připraví v lékárně. Dlouhodobé používání na větší plochy může vzniknout riziko systémové toxicity, tzv. salicylismus. Abychom riziku zabránili, musíme sledovat příznaky, jako je únava,

tinitus, a také se musí kontrolovat funkce jater a ledvin. Tato komplikace se může objevit u pacientů s velkým postižením a ztenčenou kožní bariérou. Velkým rizikem je dětská kůže. Protože kyselina salicylová blokuje UVB záření, neměla by se před zářením aplikovat. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Mezi další keratolytika patří **urea** (močovina, karbamid) ve 4-8% koncentraci, která se rozpouští ve vodě. Pro své hydratační a antipruriginózní účinky je u nás velmi oblíbený. Nejpoužívanějším prostředkem je Excipial U Lipolotio, který obsahuje 4 % urey. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Dalšími přípravky jsou **kyselina mléčná**, která má slabší keratolytické účinky, a **propylenglykol**, s výraznými hydratačními účinky. Jako přídatnou látku můžeme přidat **glycerin**, který má hydratační a emulgační účinky. V kombinaci s ureou je vhodný při posílení léčby. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Lokální kortikoidy

Nejčastěji předepisovanými léky na psoriázu jsou u nás i ve světě **kortikosteroidní přípravky**, které mají protizánětlivé, imunosupresivní a antiproliferativní (antimitotické) účinky. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Jejich výhodou je rychlý nástup účinku, jednoduchá aplikace, příznivá cena a dostupnost. Existuje mnoho lékových forem, jako jsou masti, krémy, gely, pěny a spreje. Výhodná je i kosmetická přijatelnost, protože nebarví a nezapáchají. Je možné je kombinovat s celkovými zevními léčivy, a používat se mohou i na obličej, uši, kožní záhyby (perigenitální a perianální) a do kštic. (BENÁKOVÁ et al. 2007, VIKTORINOVÁ 2010)

Pro hrozící lokální nežádoucí projevy by se neměly kortikoidy podávat dlouhodobě. Jejich vysazování musí být postupné. U léčby psoriázy se nepoužívají systémové kortikosteroidy, především pro jejich vysoké riziko systémových nežádoucích účinků, především kvůli riziku při jejich rychlém vysazení, jde o tzv. rebound fenomén. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Mezi nežádoucí účinky patří:

kožní – vznikají hlavně atrofie, strie, petechie, steroidní akné, objevuje se zpomalené hojení ran, ojediněle se při aplikacích na víčka může objevit katarakta a glaukom

celkové – jsou vzácné, potlačují především funkce endokrinní osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny, Prednison má mineralokortikoidní účinky

farmakologické – kdy po určité době nemusí vést kortikoidy k žádoucímu efektu, nebo může vzniknout tzv. rebound reakce, kdy se po vysazení kortikoidů objeví choroba s větší intenzitou. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Analoga a deriváty vitamínu D₃

Analoga a deriváty vitamínu D₃ mají antiproliferativní, prodiferenciační a imunomodulační účinky, patří sem **kalcitrol**, který je ve formě krému, masti a roztoku. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Mezi nežádoucí účinky patří:

lokální alergie – nutno dbát na dostatečnou hygienu rukou po použití preparátu

kontaktní alergie – je vzácná. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Retinoidy

Retinoidy zlepšují vyzrání epidermis a mají diferenciační i imunomodulační a antiproliferativní účinky. V ČR toho času nejsou Retinoidy dostupné, proto je jejich využití velmi omezené. U nás byl schválen pro léčbu mírné až střední psoriázy **tazaroten** (acetylovaný retinoid), ale nebyl registrován, používá se 1x denně, není vhodný na obličej, při graviditě a při kojení. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Cignolin

Cignolin patří mezi dlouhodobě užívaný lék při léčbě psoriázy, pro jeho antiproliferativní účinek. Nevýhodou je, že může dráždit okolní zdravou kůži, hlavně na obličejí a v záhybových partiích. Vzniklý zánět významně pomáhá při

změně charakteru zánětu ve tkáni. Staré pořekadlo říká, že psoriáza „shoří v cignolinovém ohni“. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Nevýhodou při aplikaci doma je jeho barvení prádla, které již nelze vyprat. Dobře se kombinuje i s ostatní léčbou, ale závisí na kombinace léčiv. I když sám nemá fotosenzibilizační účinky v kombinaci s UVB zářením dosahuje vyšší účinnosti, jde o tzv. **Ingramovu metodu**. Cignolin je užíván v mast'ových základech v široké škále koncentrací, kdy je stabilizován hlavně kyselinou salicylovou, která může působit keratolyticky. U psoriázy kštice se může používat v nízkých koncentracích. Cignolin až ve vysokých 4% koncentracích může aplikovat pouze vyškolení zdravotnický personál, a to pouze na indurovaná psoriatická ložiska, pouze na několik minut, jedná se o tzv. **minutovou aplikaci**. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Dehty a ichtamol

Dehty jsou komplexní směsi látek, které mají odhadem na 10 000 různých molekul, jejichž obsah se liší podle destilační teploty. Výhodou jsou antiproliferativní, protizánětlivé, protisvědivé, antimikrobiální a keratoplastické účinky. Dehty dělíme na **rostlinné**, kdy jejich zdrojem je jalovec, borovice, bříza, buk a cedr, **fosilní**, sem patří kamenouhelný dehet, a **sedimentační**, kam patří ichtamol. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Kamenouhelný dehet (Pix lithantracis)

Získává se destilací černého uhlí. Je dobře rozpustný v tucích, a pokud se vstřebá, je metabolizován a následně ledvinami vyloučen. Nejčastěji se používá v 5% koncentraci jako mast nebo pasta, a kombinuje se s kortikoidy, kyselinou salicylovou a fototerapií. Terapeutická výhoda dehtu je v tom, že zvyšuje citlivost kůže na UV paprsky. Mezi nevýhody patří nepříjemný zápach, barvení kůže a prádla. Někdy se může vyskytnout i kontaktní alergická dermatitida. Při používání dehtových preparátů, se musí pacient chránit před nežádoucími zdroji UV záření, jako je slunce. U dětí, při graviditě a při kojení by se dehty neměly používat. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Ichtamol

Jde o látku organického původu, která se získává suchou destilací bituminózních břidlic vzniklých sedimentací prehistorických ryb. Výhodou jsou jeho antiflogistické, antiproliferativní, antipruriginózní, antimikrobiální a derivační účinky. Ichtamol je sice méně účinný než dehty, ale má sensorické vlastnosti, pro které je pacienty lépe tolerován. Je vhodnější i pro domácí terapii. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Ichtamol známe jako **klasický**, genericky amonium bituminosulfonát, je tmavý, má dehtový zápach, je dobře snášen, je snadno smývatelný vodou, používá se u dráždivějších forem psoriázy a může se aplikovat i u dětí, a **světlý**, genericky natrium bituminosulfonát, je bílý, má menší zápach, nešpiní, má nižší viskozitu, je lépe rozpustný ve vodě, v nižších koncentracích je účinnější. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Tabulka č. 3 Výhody a nevýhody jednotlivých léčiv u psoriázy

Lék	Výhody	Nevýhody
Emoliencia Keratolytika	Kosmeticky zpravidla přijatelný přípravek, cenově často výhodná, bezpečná, podpůrná	Časová náročnost u všech extern, malý efekt, nutné použití v kombinacích
Kortikoidy	Velmi dobrá účinnost, rychlý nástup účinku, cenově výhodné	Nežádoucí účinky, lokální, systémové
Analoga vitamínu D ₃	Velmi dobrá účinnost, bezpečná, udržovací léčba	Pomalý nástup účinku, ne na akutní formu, iritabilita, cena
Cignolin	Dobrá účinnost (velmi dobrá s FT), bezpečný, cenově výhodný	Dráždí, špiní, barví
Dehty	Dobrá účinnost (vyšší účinnost s FT), levný	Dráždí, špiní, páchne, nevhodný pro domácí aplikaci, lokálně záněty-folikulitida, kancerogenní potenciál
Fototerapie	Velmi dobrá účinnost, kosmetický efekt	Časová náročnost, omezená dostupnost, dlouhodobá rizika UV
Methotrexat	Snadné týdenní užívání, efekt i na PsA, cenově výhodný	Pomalý nástup efektu, spíše morbistatický VÚ, NÚ: játra, krvetvorba
Acitretin	Snadné denní užívání, efekt na pustulózní a erythrodermickou psoriázu, na ložiskovou v kombinaci s FT	U ložiskové psoriázy morbistatický VÚ: cheilitidy NÚ: játra, lipidy
Cyklosporin	Rychlý nástup efektu, snadné denní užívání, efekt i na PsA	VÚ: cefalea, parestézie NÚ: hypertenze, ledviny
Biologická léčiva	Středně až rychlý nástup efektu, netřeba invazivní lokální léčby, efekt i na PsA (mimo efalizumab)	Parenterální aplikace, nákladnost VÚ: aplikační reakce, cefalea NÚ: infekce, riziko aktivace latentní TBC, potenciálně lymfomů

(BENÁKOVÁ et al. 2007, str. 62)

1.7.2 Základní formy extern

V dermatologii se využívá možnosti aplikace léčiv přímo na postižené místo kůže, jde o lokální léčiva, dermatologika. Podle konzistence je dělíme na pevná, tekutá a polotuhá léčiva. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Z lékových forem se nejčastěji používají roztoky, suspenze, emulze, polotuhé přípravky (masti, krémy, gely, pasty), šampóny, zásypy, tekuté zásypy, kožní pěny, spreje, náplasti. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Pevná konzistence

Jde většinou o pevné anorganické a organické látky nebo jejich směsi, které tvoří základ pro zasypy, případně pro tekuté zasypy. Zlepšují přilnavost k pokožce a plní funkci krycí i absorpční, kůži spíše vysušují a odmašťují. Mohou působit chladivě, protisvědivě, protizánětlivě. Jsou vhodné pro akutní nebo nemokvající zánětlivé procesy (erytém, papulózní projevy), kdy absorbují pot a maz, a tím působí proti nežádoucímu tření. Pevné látky nemají pro nemocné psoriázou velké použití. V minulosti byl velmi účinný přípravek PIX/CRUDA (čistý dehet) ve formě tuhých tyčinek, který byl aplikován pouze na postižené místo, hlavně na plošky u pustulosní psoriázy. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Mezi pevné látky patří jemné medicínální prachy, či pudry, které mohou snižovat frikci (tření) kůže, popřípadě vysoušet místa vlhké zapáčky. V dnešní době je jejich využití menší. Mohou být ale součástí individuálně připravovaných léčebných prostředků, které podle původu dělíme na:

Organické látky – škroby (*Amyla*, používají se již zřídka), mléčný cukr (laktóza, *Lactosum monohydricum*)

Anorganické látky – oxid zinečnatý (*Zinci oxidum*), oxid titaničitý (*Titanii dioxidum*), talek (*Talcum*), uhličitán vápenatý (*Calcii carbonas*), těžký kaolin (*Kaolinum ponderosum*). (SKLENÁŘ et al. 2009)

Tekutá konzistence

Tekutá léčiva vznikají rozpouštěním nebo rozptýlením účinné látky v základním vehikulu. Výběr rozpouštědla musí odpovídat chemickým vlastnostem účinné látky. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Hydrofilní vehikula – k přípravě nesterilní formy se používá hlavně čištěná voda (*Aqua purificata*). Dalším používaným rozpouštědlem je **líh** (*Ethanolum*, syn. *Spiritus*), který se používá u látek, které nejsou rozpustné ve vodě. Ve vyšší koncentraci pokožku odvodňují a dráždí, hrozí podráždění spojivek a sliznic.

Isopropylalkohol (*Alcohol isopropylicus*) – pokožku dráždí poněkud méně a tolik jí nevysušuje, výhodná je jeho cena, která je výrazně nižší než u lihu. Velmi nepříjemný je však jeho zápach, který po zaschnutí vymizí. U nás se používá velmi zřídka. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Klasickým léčebným tekutým přípravkem byla tzv. **Sackova tinktura** (dehet rozpuštěný v acetonu), která se snadno za pomoci vatové štětičky aplikovala v záhybech, a nedráždila tolik citlivou kůži, jako roztírání masti či krému. Pálení acetonu bylo jen přechodné. Důležité bylo se vyhýbat sliznicím genitálu a konečníku. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Hydrofobní (oleofilní) vehikula – jde o nejčastěji chemicky jednotná vehikula, která dělíme na těkavá a netěkavá. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Mezi těkavá vehikula patří **kolodium** (*Collodium*), které po nanesení na pokožku a odpaření rozpouštědla (většinou jde o éter) zanechává na kůži tenký, dobře fixovaný prodyšný film, který se obtížně smyje vodou. Pod ním dochází ke změkčení rohové vrstvy a ke zlepšení průniku léčiva, které je v kolodiu rozpuštěné, a tím dosahuje vyšších a stabilních koncentrací. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Mezi netěkavá vehikula patří **tekutý parafin** a **lehký tekutý parafin** (*Paraffinum liquidum*, *Paraffinum perliquidum*), či **olej silikonový**. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Velmi často se používají i **rostlinné oleje** (*Olea plantarum pinqia*). Místo panenského oleje, který častěji dráždí pokožku, se používá **olej čištěný**. **Lněný olej** (*Lini oleum*) patří mezi vysychavé oleje, mezi polovysychavé oleje patří **slunečnicový olej čištěný** (*Helianthi oleum raffinatum*), a mezi nevysychavé oleje patří **ricinový panenský olej** (*Ricini oleum virginale*). (SKLENÁŘ et al. 2009)

Velmi úspěšný v léčbě psoriázy je **Salicylový olej** (*Acidi Salicylici*). Vetře do kštice, která se následně zabalí do ručníku nebo šátku, kde se olej nechá

působit celou noc. Ráno po umytí kštice se snažíme šupinky vyčesat. Hydrofobní vehikula se vzájemně kombinují a jsou součástí i polotuhých přípravků, jako jsou masti, krémy, gely a pasty. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Polotuhá konzistence

Polotuhá léčiva obsahují účinnou látku, kterou přijaly polotuhé základy. Mezi polotuhá léčiva patří masti, krémy, gely a pasty. Dělíme je na hydrofilní, které se mísí s vodou a hydrofobní, které buď jen omezeně, nebo vůbec vodu nepřijímají. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Hydrofobní masti (*unguenta*), udrží jen velmi malé množství vody, a proto se v nich některé léky těžce rozpouští. Nejčastějším hydrofobním základem je **bílá a žlutá vazelína** (*Vaselineum album, Vaselineum flavum*), které jsou stálé, ale neprodyšné, se silným okluzivním účinkem a velmi obtížně se smývají. Unikající sekret z porušené kůže může pod nimi zůstat, okolí kůže tak madiduje a přispívá k iritaci kůže. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Emulgující masti přijmou a udrží jen určité množství vody, a pro své vlastnosti patří mezi nejčastěji používané základy léčiv. Jsou mastné a velmi obtížně se smývají. Velmi populární základ tzv. **cutilan**. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Hydrofilní masti snadno přijímají vodu a pro svou nedráždivost působí i baktericidně. Často se aplikují na porušenou tkáň např. na vředy, a na sliznici dutiny nosní. (SKLENÁŘ et al. 2009)

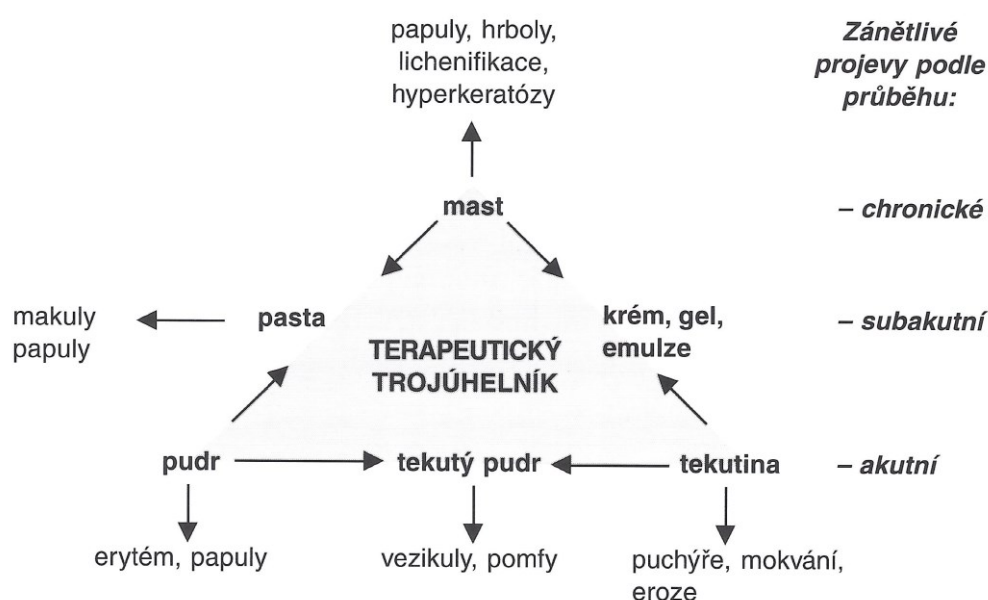
Krémy (*cremores*) jsou složené z vody a olejové fáze. Patří sem **oleokrémy**, které jsou mastné a používají se většinou na noc a **hydrokrémy**, které jsou suché a používají se především přes den. Oleokrémy známe ještě **pravé**, jsou stabilnější, obsahují např. tuk z ovčí vlny, řadíme sem **změkčující krémy** (*Cremor leniens*), a **nepravé**, které mají chladivý efekt a neobsahují emulgátory, řadíme sem **změkčující masti** (*Unguentum leniens*). Hydrokrémy jsou tekutější a dobře roztíratelné. Základním typem při přípravě léčebných prostředků je **ambiderman**. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Gely (*gelata*) – jde o rosolovité látky, které jsou složené z kapalného vehikula a bobtnající látky. Známe **hydrogely** a **oleogely**. Hydrogely působí chladivě, snadno se smývají a vymývají ze kštice a jsou široce používány.

Základní je **karbomerový gel** (*Gelatum carbomeri*), sloužící jako základ pro gely, které jsou určené i na sliznici dutiny nosní, ušní a oční. Mají minimální uplatnění. Pro psoriaticky s postižením kůže se gel nejlépe vyčesává, jedná se o ideálním prostředek s obsahem kortikoidů tzv. **Gelargin**. (SKLENÁŘ et al. 2009)

Pasty (*pastae*) jsou polotuhé přípravky, které vznikají směřováním pevné látky v olejnatém základu. Podle poměru pevné látky a oleje známe **měkké** a **tuhé** pasty. Pasty působí chladivě, protizánětlivě, ale mírně vysušují pokožku. Používají se při ošetřování ochranné vrstvy nepostižené kůže, při léčbě silnými keratolytika, nebo u dráždivých látek, jako je cignolin. Nejběžněji základní pasta je **zinková pasta** (*Zinci oxidi pasta ČL 2005*). (SKLENÁŘ et al. 2009)

Obrázek č. 2 Dermatologické lékové základy a jejich indikace



(ŠTORK 2008, str. 458)

Výběr dermatologického externa vystihuje tzv. galenický/terapeutický trojúhelník, kdy látka v jiné koncentraci může v různých základech při různém provedení dosahovat jiné výsledky. (SKLENÁŘ et al. 2009)

1.7.3 Základní strategie aplikace extern

Aplikace lokálních léčiv, extern, sleduje při ošetřování několik základních strategií. Tekuté formy (roztoky) lze aplikovat přímo kapátkem. Přesnější aplikace

je možná při použití vatových štětiček, či aplikátorů dodávaných výrobcem. Roztoky se snadno roztírají po postiženém povrchu, ale současně hrozí riziko nežádoucí aplikace na nepostižené části kůže. Vodné roztoky obecně do hloubi kůže přinášejí účinnou látku poměrně pomalu, ale je možné v nich někdy kůži máčet delší dobu, což je podstatou tzv. léčebných koupelí. Pokud by madidace kůže byla příliš riziková, pak přicházejí v úvahu alespoň obklady, zejména vysychavé obklady, kdy je tekutina aplikována po nasáknutí do tenké vrstvy gázy a ponechána na kůži několik minut, či desítek minut. (ŠTORK 2008)

Lihové roztoky se rychle odpařují a mohou zapříčiňovat dráždění. Současně v místě aplikace ale po jejich odparu dojde k výraznému zvýšení koncentrace účinné látky, což bylo diskutováno výše u použití kolodia, popřípadě totéž platí pro užití léčebných laků na postižené nehty. (SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTORK 2008)

Setrvalý účinek mají z tekutých léčiv zejména olejové roztoky, například u psoriázy jmenovaný salicylový olej. Lepší retenci ve kštici, omezení kontaminace prádla, oděvu a okolí lze zajistit v případě léčby kštice například zhotovením obvazového turbanu. Z těchto praktických důvodů v denním režimu ale pacient k ošetření kštice často spíše preferuje gel. (SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTORK 2008)

U polotuhých forem aplikovaných na kůži můžeme rozlišit další strategie. První, nejjednodušší, je **otevřený systém** ošetřování kůže externem. Postižené plochy jsou promazány externem, množství má být úměrné ploše a nemá zanechávat po chvíli patrnou zbytkovou vrstvu. V tomto případě musí pacient vyčkat dokonalého vstřebání léčiva, jinak hrozí potřísnění oděvu, či nábytku. Aplikovaná účinná látka rovněž přichází do postižené kůže spíše v jednotlivých pulzech, což nemusí být výhodné. Aplikace v silné nekryté vrstvě je u extern nepraktická, proto je možno lepší retenci zajistit vrstvou tkaniny, nejběžněji hydrofilního obvazu, tedy **uzavřeným systémem**. Základním předpokladem je, že na postiženém kožním krytu pacient tuto vrstvu bude tolerovat. Výhodou tohoto uzavřeného systému je současně schopnost obvazu pojmout tkáňový sekret, či krev z porušené tkáně a omezit bakteriální kontaminaci. (SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTORK 2008)

Pokud není dosaženo ani uzavřeným léčebným systémem dobré terapeutické odpovědi na silný externí léčebný prostředek, je možno tento účinek potencovat tzv. **okluzivním systémem** ošetřování. (SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTORK 2008)

Jedná se o překrytí ložiska ošetřeného kortikosteroidním externem (zejména ve formě masti) nepropustnou polyetylenovou fólií. Okluzivní obvaz podle použitého přípravku zvyšuje penetraci až desetkrát. Aplikace se může prodloužit i na několik hodin. Zpravidla je pro pacienta s přihlédnutím k dennímu režimu nejspíše akceptovatelná večer. Kortikosteroidy aplikované pod okluzí lze v kůži prokázat ještě 8-14 dní po aplikaci. (SKLENÁŘ et al. 2009)

1.7.4 Fototerapie

Jedná se o neionizující elektromagnetické záření, při kterém se používá ultrafialové (UV) záření. Vlnová délka UV záření je 100-400 nm. Toto elektromagnetické záření působí na kůži imunomodulačně až imunosupresivně. Podle vlnových délek rozeznáváme: UVC 100-290 nm, UVB 290-320 nm, UVA 320-400 nm. K léčbě psoriázy se nejčastěji používá pouze UVB a UVA záření. UVC záření se pro vysokou genotoxicitu použitelná pouze jako tzv. germicidní záření. UVC může být z některých výbojek jako nežádoucí vedlejší produkt, zejména po překročení garantované životnosti zdroje. Jde tedy o významnou a vysoce nežádoucí komponentu. (BĚLOBRÁDEK 2011)

UVB záření

Proniká až do oblasti epidermálního spojení, někdy i do papil koria. Největší význam má na vytváření pozdního erytému a pigmentace, a významně podněcuje ztlustění epidermis. U erytému dosahuje svého maxima za 12-24 hodin po ozáření, a odeznívá za několik dní, někdy až několik týdnů. U pozdní pigmentace se objevuje za 2-3 dny po ozáření, a přetrvává několik dní až týdnů. Podstatou je vznik novotvorba melaninového pigmentu v melanocytech, a jeho přenos do keratinocytů. (BĚLOBRÁDEK 2011)

UVA záření

Proniká až na rozhraní koria a podkoží, a tím způsobuje především časný erytém a vytváří časně pigmentační ztmavnutí. Časný erytém se objevuje již během

ozáření, a svého maxima dosahuje v době ukončování expozice UVA. U časného pigmentačního ztmavnutí je hlavní přeměna prekurzorů melaninu na melanin a jeho přenos z melanocytů do keratinocytů, které se objevuje již během ozáření, a svého maxima dosahuje v době ukončování expozice UVA, po malých dávkách odeznívá do několika hodin, po velkých dávkách odeznívá i za několik dní. (BĚLOBRÁDEK 2011)

PUVA terapie

Jde o léčbu, při které se kombinuje UV záření s látkou, která zvýší citlivost kůže k UV záření. Může jít o perorálně podávané tablety, lokálně aplikované gely nebo krémy, které se na určené místo natírají 30-60 minut před UV zářením. Součástí ošetřování pacienta je pak i pečlivá ochrana před dalším neplánovaným ozářením UV světlem, které platí nejen pro kůži, ale hlavně pro oči (BĚLOBRÁDEK 2011)

Nežádoucí účinky fototerapie

akutní – při předávkování UV zářením vzniká kožní reakce jako erytém různé intenzity až otok a puchýře, jedná se o dermatitis solaris, zřídka se objevuje svědění až bolest kůže, hyperpigmentace, provokace základního onemocnění

chronické – aktinické stárnutí kůže (tvorba keratóz, poruchy pigmentace, suchost pokožky), fotoimunosuprese, fotokarcinogeneze (BENÁKOVÁ et al. 2007)

1.8 Komplikace onemocnění

Ke zdravotním a sociálním komplikacím vede především těžký průběh a forma psoriázy, nebo postižení partií, které omezují průběh, soběstačnost a společenské uplatnění člověka. Pacient může mít různé komplikace spojené s bolestí, ztuhlostí kloubů, narušením mobility. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

1.9 Prognóza a prevence

K prognóze se před nemocným vyjadřuje pouze obecně. Jedná se zpravidla o příznivou prognózu, která až na výjimky neohrožuje pacienta na životě, s dobrou léčitelností. V dnešní době máme na trhu již celou řadu nových léků. Jde o chronickou, celoživotní formu nemoci, která kromě viditelného kožního postižení může být sdružena s postižením pohybového aparátu a interními komplikacemi charakteru metabolického syndromu. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Prevence zhoršení je možná, ale pouze omezeně. Spočívá ve snaze vyhýbat se konkrétním spouštěcím faktorům, jsou-li u individuálního pacienta známy. Důležité je vyloučení nezdravého životního stylu, zejména alkoholu, kouření, přejídání, dráždění a zraňování kůže (vlivy fyzikální, chemické a biologické). Nutné je chránit se před infekcemi, ani běžné nemoci nepřecházet. Z kožního pohledu je nutné léčit psoriázu a v mezidobích pečovat o kůži i v období remise. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Velmi důležitá je i kvalita života pacienta s diagnózou psoriasis. Ke zjištění této kvality nám slouží dotazník DLQI (Dermatologický index pacientovy kvality života), který nám pomáhá zhodnotit, do jaké míry pacientovi kožní nemoc ovlivnila život. Dotazník se skládá z 10 otázek, kde pacient zaškrtně jednu odpověď. (BENÁKOVÁ et al. 2007, ŠTORK 2008)

Abychom získali informace o životních prioritách nemocného, musíme s ním veškeré odpovědi řádně prodiskutovat. Pacient zde samostatně stanovuje pro sebe významné priority léčby, z čehož lze odvodit jeho motivaci a získávat tak od něj i maximální terapeutickou spolupráci (compliance). (BENÁKOVÁ et al. 2007, ŠTORK 2008)

2. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA

Lékařská a ošetrovatelská anamnéza je převzata z dokumentace pacienta, nebo získaná přímo od pacienta formou rozhovoru. Podepsaný informovaný souhlas pacienta je u autorky k nahlédnutí.

2.1 Základní údaje o nemocném

Iniciály: J. Š.

Pohlaví: muž

Rok narození: 1991

Zaměstnání: zástupce manažera obchodu

Stav: svobodný

Datum přijetí: 4. 7. 2018

2.2 Lékařská anamnéza

RA: matka: psoriáza, otec: zdravý, sourozenci: sestra, st. p. ca štítné žlázy, babička z matčiny strany: arytmie, další sledované nemoci se v rodině nevyskytly

OA: běžné dětské infekční nemoci prodělal, operace: 0, úrazy: 0. závažná psoriáza od roku 2011, psoriatická artritida od roku 2016, tonsilitis recidivans,

FA: Methotrexat 2,5 mg, celkem 15 mg týdně (středa 0-2-0-2, čtvrtek 0-0-0-2), Acidum folicum 24 hod. po MTX (pátek 0-0-0-1), Cezera 5 mg 0-0-0-1 (rozpis léků P-V-N-R), 3.7.2018 aplikovaná Humira 80 mg s.c., za týden 10.7.2018 Humira 40 mg s.c., a dále Humira 40 mg s.c. á 2 týdny

AA: alergie na léky i jiné nejuje

SA + PA: zástupce manažera obchodu, žije s rodiči, bez zvířete

Abusus: 20 cigaret/denně, alkohol příležitostně, drogy neguje

NO: Pacient byl přijat na oddělení k plánované hospitalizaci k lokální terapii psoriasis vulgaris. Poprvé se psoriáza u pacienta objevila v 11/2011 po velkém stresu v rodině. V roce 2011 hospitalizace v nemocnici v Praze, kde nasazen Neotigason 25 mg, který užíval 2 měsíce + UVB 311 nm s efektem. V roce 2014 se objevil nový výsev na trupu. Navštěvoval kožní ambulanci, kde podstoupil kůru ve slané vodě (balneoterapie) a další UVB 311 nm s efektem. V meziobdobí (2014-2016) si pacient ošetřoval kůži lokálně. Další nový výsev byl v roce 2016, kdy se přidaly i kloubní potíže. Následně byl pacient odeslán na vyšetření do Revmatologického ústavu, kde zjištěna psoriatická artritida, proto nasazen Methotrexat 10mg týdně s postupným zvyšováním na 17,5 mg týdně s následným snížením, t. č. na 15mg týdně. V roce 5/2016 byl pacient zařazen do studie pro psoriatickou artritidu, kde nasazena biologická léčba Secukinumab. Studie byla s efektem na klouby, ale na kůži bez efektu. V roce 2/2018 byla studie ukončena. Po ukončení studie se po výrazném stresu v práci objevil nový generalizovaný kožní výsev, tentokrát bez kloubních potíží. V tomto období také byla tonsilitida. Poslední hospitalizace v ÚVN v Praze byla 4/2018, kde proběhla další kůra fototerapie, která byla po 16. sezeních ukončena pro intoleranci. Za hospitalizace i lokální léčba (urea v syndermanu, pix/vaz, dehtový šampon, belosalic, locacorten, locoid crelo), terapie s efektem. V průběhu hospitalizace proběhlo ORL konzilium, se závěrem cerumen obturans. Týden po hospitalizaci recidiva. Na našem oddělení byl hospitalizován v 6/2018 k lokální terapii, která byla bez většího efektu. Pacient splňuje všechna kritéria, proto byl indikován k biologické terapii Adalimumab, lékem Humira.

PASI pacienta je 29,9. DLQI pacienta je 22. (chorobopis)

Subjektivní nález: Psoriáza výrazně zhoršená. Artralgie všech kloubů VAS 4/10

Objektivní nález: TK: 129/74; P: 102/min; TT: 36,3 °C; DF: 12/min; Výška: 188 cm; Váha: 87 kg. Pacient při vědomí orientován, spolupracuje, bez emoční

lability, přiměřené výživy, bez ikteru, bez cyanózy, hydratace přiměřená, pohyblivost přiměřená věku

Hlava: poklepově nebolestivá, inervace správná, výstupy trigeminu nebolestivé, zornice okrouhlé, izokorické, reagují na osvit i konvergenci, skléry bílé, spojivky růžové, jazyk růžový, vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře

Hrdlo: klidné, tonsily nezvětšené

Krk: náplň žil přiměřená, karotidy tepou symetricky, štítná žláza nezvětšená, submandibulární, krční, supraklavikulární, axilární uzliny nezvětšené, inguinální uzliny zvětšeny bilaterálně, velikost cca 2x1 cm

Plíce: poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkové

Srdce: akce pravidelná, 2 ozvy ohraničené

Břicho: nad niveou, poklep diferencovaně bubínkový, bez rezistence a palpační citlivosti, játra a slezina nezvětšené, tapot. bilat. negativní, poslech: peristaltika přítomna, neobleněna

Per rectum: bez známek náhlé příhody břišní, proto nevyšetřuji

DK: bez akutních známek zánětu, arteriální pulsace hmatné do periferie, otoky DK

Status praesens: erythematoskvamozní gutátní až numulární, silně infiltrované, stříbřitě zašupená ložiska místy splývající do ploch na kůži trupu, HK a DK, genitál se zarudnutím a jemným olupováním. Kůže kštice místy se zarudlou makulou. Uši s nánosem šupin. Nehtové ploténky rukou i nohou s výraznou dystrofií, silně ztlustělé až deformované, okolí nehtového valu zarudlé a zašupené. Obličej postižen v seboroické oblasti kolem nosu, obočí a na bradě, infiltrace a

zašupení ve vousech. Otoky DK. (chorobopis)

2.3 Ošetrovatelská anamnéza

2.3.1 Model funkčních vzorců zdraví

V roce 1974 popsala Marjory Gordon jedenáct okruhů vzorců chování, které v roce 1987 publikovala v knize Model funkčních vzorců zdraví, kde vytvořila dvanáct domén, které označila jako dvanáct funkčních vzorců zdraví. Tento model je označován za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství. Model je odvozený z interakcí osoba-prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Sestra při setkání s pacientem identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožní sestře rozeznat, jestli se u pacienta jedná o funkční chování (ve zdraví) nebo o dysfunkční chování (v nemoci). Dysfunkční vzorec je projevem aktuálního onemocnění, nebo může být znakem možného problému. Model funkčních vzorců splňuje požadavky na rámcový standard ošetrovatelského hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakémkoliv systému zdravotní péče, a také v péči primární, sekundární a terciální nejen pacienta, ale i rodiny a komunity. Pro další kroky ošetrovatelského procesu je vhodná kombinace s jiným ošetrovatelským modelem nebo teorií. (PAVLÍKOVÁ 2005)

2.3.2 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu M. Gordon

Ošetrovatelskou anamnézu jsem odebrala 10. 7. 2018 v 10:00 hodin, tedy sedmý den hospitalizace. Při odebírání ošetrovatelské anamnézy jsem již pacienta znala, proto jsem mohla nynější informace doplnit a upřesnit podle předchozí hospitalizace. Pacient byl na našem oddělení hospitalizován v 6/2018, pro zhoršení psoriázy.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Od roku 2011 pravidelně dochází na dermatologii a od roku 2016 i na revmatologii. Jako chronickou medikaci užívá Methotrexat 2,5 mg, celkem 15 mg týdně (středa 0-2-0-2, čtvrtek 0-0-0-2),

Acidum folicum 24 hod. po MTX (pátek 0-0-0-1), Cezera 5 mg 0-0-0-1 (dávkování léků P-V-N-R). 3.7.2018 byla pacientovi aplikovaná Humira 80 mg s.c. Další aplikace Humira 40 mg s.c. je naplánovaná na 10. 7. 2018, poté bude aplikace Humira 40 mg s.c. á 2 týdny. Pacient si udržuje zdraví pravidelnou péčí o pokožku těla a nehty horních i dolních končetin, pravidelně cvičí. Nyní se jedná o opakovanou hospitalizaci na dermatovenerologickém oddělení. Poslední hospitalizace na našem oddělení byla 6/2018.

2. Výživa – metabolismus

Doma žádnou speciální dietu pacient nedodržuje, snaží se jíst 5x denně. Pitný režim dodržuje, denně vypije 2 litry tekutin. Nejčastěji pije Magnezii, kohoutkovou vodu nebo čaj. V nemocnici má racionální dietu, dietu č. 3. Váha pacienta je 87 kg, výška 188 cm. BMI index je 24,62 (jedná se o normální váhu). Kůže a sliznice jsou bez známek dehydratace.

3. Vylučování

Pacient s vyprazdňováním stolice nemá žádný problém. Netrpí na průjem ani na zácpu. Laxativa neužívá. S močením pacient žádné problémy nemá. Moč je čirá. Stolice i močení jsou bez příměsí.

4. Aktivita – cvičení

Pacient je velmi pracovně vytížen. Na pravidelné sportování nemá moc čas. Zde moc pohybu nemá, proto se snaží během dne pohybovat na chodbě. Popřípadě se prochází v areálu nemocnice, nebo sedává s knihou nebo notebookem na lavičce ve stínu, protože se musí vyhýbat přímému slunci (kvůli lokálnímu ošetřování, kdy by mohlo dojít ke spálení pokožky).

5. Spánek – odpočinek

Pacient je zvyklý chodit spát pravidelně kolem 23:00 hodiny, a spí většinou do 7:00 hodin. Zde nemá rád ranní buzení kolem 6:00 hodiny ráno. Někdy se za noc 1x vzbudí, protože potřebuje na toaletu. K spánku potřebuje ticho, jiné žádné požadavky nemá. Během hospitalizace má v noci velké bolesti, a

vadí mu noční kontroly zdravotnickým personálem, proto po dobu hospitalizace užívá hypnotika.

6. Citlivost – poznávání

Pacient je plně při vědomí, orientován místem, časem i osobou. Na otázky odpovídá adekvátně. Sluch i zrak je dobrý. Žádné kompenzační pomůcky nepoužívá.

7. Sebepojetí – sebeúcta

Pacient je o svém zdravotním stavu plně informován, protože se s nemocí léčí již od roku 2011. K dispozici má veškeré informace jak od ošetřujícího lékaře, tak si spoustu informací zjišťoval sám z internetu.

8. Role – vztahy

Pacient je sám, bez partnera, bezdětný. Bydlí s rodiči. Doma nemají žádné zvíře.

9. Reprodukce – sexualita

Toto téma jsem s pacientem moc neřešila, kvůli jeho přiznané sexuální orientaci. Nyní je sám.

10. Stres, zátěžové situace – zvládání situací

Pacient stres zvládá podle svých slov docela dobře. Někdy je toho na něj podle jeho slov moc, ale snaží se vše zvládat, jak nejlépe umí.

11. Víra – životní hodnoty

Pacient žádnou víru neuznává.

12. Jiné

2.4 Průběh hospitalizace

1. den hospitalizace 4. 7. 2018

Pacient J. Š. byl přijat k hospitalizaci 4. 7. 2018 v 11:00 hodin k lokální terapii psoriasis vulgaris.

Na našem oddělení byl pacient již opakovaně, a proto chod a průběh hospitalizace dobře znal, přesto jsme vše spolu ještě jednou probrali. Pacient byl uložen na čtyř lůžkový pokoj, kde byl zatím sám. Na pokoji si vybalil své věci, než byl zavolán na vstupní vyšetření k lékaři, které proběhlo na ošetřovně. Ranní chronickou medikaci Methotrexat 2,5 mg 2 tbl a Cezera 5 mg 1 tbl pacient užil ráno před příjmem na oddělení. Byla mu naordinována dieta č. 3, tedy racionální. Tekutiny, magnezii, si přinesl z domova. Po vyšetření lékařem přichází na řadu lokální ošetření. Lékař pacientovi naordinoval v den příjmu lokální ošetřování 1x denně. Ošetřovat se pacient začal od obličeje, přes HK a trup, k DK až k ploskám. Na nos a ložiska ve vousech, které měl pacient upravené, lékař naordinoval DEX AMBIDERMANEM 0,01%, na končetiny a trup zatím 1x denně CDSU, na plosky DK doporučil 1x denně SAL/DEX/CUT a zavázat, na nehty DK 1x denně Cignolin 0,1%, do kštice 1x denně salicylový olej a k lůžku byla doporučena mast CUTILAN na možné přimazávání. Protože pacient udával velké bolesti kloubů celého těla, které ho doma trápily, byla pacientovi naordinována analgetika Ibumax 400 mg 1 tbl. Pacient při příjmu udával VAS 7/10.

Lokální ošetřování probíhalo 2 - 3x denně, v přesně stanovené hodiny za pomoci sestry, která během ošetřování sledovala stav kůže, hodnotila akutní problémy pacienta a aplikovala léčiva na místa, kam si pacient nedosáhl. Dopolední ošetření, probíhalo mezi 9:00-11:00 hodinou, odpolední mezi 15:00-17:00 hodinou, a večerní mezi 19:00-21:00 hodinou.

Lokální ošetřování probíhalo tak, že ve stanovenou hodinu byl pacient zavolán na ošetřovnu, kde se vysvlékl do spodního prádla. Pacient většinou nosil jen spodní prádlo, aby si prádlem kůži mechanicky nedráždil. Sestra připravila lékařem naordinovaná externa, většinou s dexamethazonem (kortikoidem), popřípadě při bakteriálních zánětech se aplikovaly v masti s přidanými antibiotiky. Masti s kortikoidy a s antibiotiky byly uloženy v lednici, při teplotě 2-8 °C, aby se

nezměnil účinek působících látek. Ostatní masti byly uloženy ve skříních při pokojové teplotě 15-25 °C.

Pacient dostal naordinovanou mast, DEX/AMB 0,01% a dřevěné ústní lopatky, které používal při nabírání mastí z kelímku. Nejprve si ošetřil si nos, obočí a ložiska na bradě ve vousech. Protože bývá na oddělení velká spotřeba mastí, dodává nám je lékárna ve velkém kilovém balení. Pacient do této nádoby nesmí přímo sahat rukou, protože je prostředek určen pro více pacientů, proto mu k nabírání slouží již výše zmiňované dřevěné ústní lopatky, kdy na nabírání použil vždy novou ústní lopatku. Použité lopatky pacient průběžně vyhazoval do infekčního odpadu. Sestra za použití rukavic a nové dřevěné lopatky ošetřila pacientovi záda, popřípadě další místa, kam si pacient nedosáhl. Ošetřují se pouze postižená místa, v některých případech je ale postižena celá plocha pokožky. Na pokožku se nanáší tenká vrstva. Pacient si poté sám namaže ložiska na trupu a končetinách mastí CDSU, popřípadě celé plochy pokožky. Poté sestra ošetří nehty DK mastí Cignolin 0,1% a připraví si mast SAL/DEX/CUT v „náplasti“ na plochy. V „náplasti“ znamená, že si sestra požadovanou mast SAL/DEX/CUT rozetře v tenké vrstvě na přízi, kterou následně přiloží na postižené místo a zaváže mulovým obinadlem. Tyto obvazy si pacient každé ráno před vizitou sundá, a vyhodí je do červeného igelitového sáčku, který dostal každý den při ranním ošetřování. Tento sáček paní uklízečka následně vyhodí do infekčního odpadu. Nakonec sestra pacientovi aplikovala do kštice salicylový olej. Pro lepší působení oleje dostal pacient jednorázovou čepičku. Po ošetření si pacient oblékl nemocniční prádlo (tj. košili a kalhoty), protože masti jdou špatně z oděvu vyprat, a zničil by si tak vlastní pyžamo.

Pacientovi bylo doporučeno sprchovat se obden, aby masti měly větší účinek, a kůže se moc nepřesušovala. Nejvhodnější čas pro sprchu je ráno mezi 6:00 - 7:00 hodinou, vždy před vizitou lékaře, která byla našim oddělení každý den v 7:15 hodin. Při akutním průběhu psoriázy doporučujeme používat na sprchování speciální šampón (*Spiritus Saponis Kalini*), který připravují v nemocniční lékárně. Jedná se o koncentrát, který pacient naředí vodou a tímto roztokem se omývá. Osobní hygienu prováděl pacient denně sám.

V některých případech se stává, že pacienta kůže mezi lokálním ošetřováním svědí a vysušuje se, proto je dán k lůžku uzavíratelný kelímek s indiferentním masťovým základem, kterým se mohl sám přimazávat. Pacientovi byla proto naordinována mast CUTILAN. K lůžku se takto dávají většinou čisté masťové základy bez kortikoidů, proto si mohl pacient nechat kelímek při pokojové teplotě 15-25 °C na stolku u lůžka a nehrozily tak ani nežádoucí účinky z nadměrného účinků kortikoidů. Do tohoto kelímku směl pacient sahat rukou, protože je jen pro jeho použití. Takto se mohl pacient sám ošetřovat podle potřeby, nemusí ani přesný počet aplikací hlásit ošetřujícímu personálu. V 18:00 hodin pacient dostal večerní chronickou medikaci Methotrexat 2,5 mg 2 tbl a Ibumax 400 mg 1 tbl na bolest, protože pacient udával bolest kloubů, VAS 6/10. V 19:00 hodin zjišťován efekt podaných analgetik, kdy VAS 3/10. Další lokální ošetřování kůže toho dne pacient neměl. (chorobopis)

2. den hospitalizace 5. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry obešly pokoje, aby pacienty probudily a změřily fyziologické funkce, kdy byl TK 135/86, P 100/min, TT 36,5 °C, DF 13/min. V 6:45 hodin denní sestry ještě jednou zkontrolovaly pokoje. Pacient se dnes nesprchoval, provedl pouze osobní hygienu. Sprchování mu bylo doporučeno provádět obden. Při vizitě lékaři posoudili kůži, která byla zatím bez velkých změn. Dle ošetřujícího lékaře bylo ošetřování kůže končetin a trupu mastí CDSU navýšeno na 2x denně (9-11 hod., 15-17 hod.). Pacient ráno udával problém se spánkem, proto mu lékař naordinoval na noc ve 22:00 hodin podání hypnotik, Sanval 10 mg 1 tbl. Ostatní lokální ošetřování pacient dobře toleroval, proto bylo ponecháno stejně. Chronická, perorální medikace byla ponechána stejná, Cezera 5 mg 1 tbl, Methotrexat 2,5 mg 2 tbl. Snídani pacient snědl celou, proto mu byla dieta č. 3, ponechána. V 8:00 hodin pacient udával bolesti kloubů, VAS 7/10, proto mu byla podána 1 tbl Ibumax 400 mg. Za hodinu, v 9:00 hodin, byl zjišťován efekt analgetik, kdy se bolest zmírnila na VAS 3/10. V 9:00 hodin proběhlo lokální ošetřování, na obočí, nos a vousy ponechán DEX/AMB 0,01%, na HK, DK a trupu mastí CDSU, do kšticce byl aplikován salicylový olej. Na nehty DK sestra aplikovala Cignolin 0,01% a poté na plosky „v

náplasti“ SAL/DAX/CUT, které následně sestra zavázala mulovým obinadlem. Dopoledne pacient vypil 1 litr černého čaje. Oběd pacient snědl celý. V poledne, ve 12:00 hodin zjišťována bolest kloubů, která byla sice menší, ale i nadále byl VAS 5/10, proto byla 1 tbl analgetika Ibumax 400 mg podána. Za hodinu, tedy ve 13:00 hodin zjištěna bolest mírnější, VAS 2/10. V 15:00 hodin proběhlo odpolední ošetřování kůže HK, DK a trupu mastí CDSU, které bylo bez komplikací. Během odpoledne pacient vypil 1 litr magnézie. Večeři pacient snědl celou. Večerní perorální medikace podána stejná, Methotrexat 2,5 mg 2 tbl. V 18:00 hodin bolest kloubů byla opět výraznější, VAS 6/10, proto opět podána 1 tbl Ibumax 400mg. V 19:00 hodin zjištěna bolest menší, VAS 2/10. Močení i stolici udával celý den bez komplikací. Přes den se pacient cítil dobře. Byl mu naordinován klid na lůžku a pohyb pouze po oddělení. V noci, ve 22:00 hodin pacient dostal hypnotikum Sanval 10 mg 1 tbl, a 1 tbl Ibumax 400 mg na bolest kloubů, VAS 6/10. Při kontrole zdravotnickým personálem ve 23:00 hodin, nemohl být efekt analgetik zjištěn, protože pacient již spal. Při nočních kontrolách pacient spal až do rána. (chorobopis)

3. den hospitalizace 6. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry obešly pokoje, aby pacienty probudily a změřily fyziologické funkce. Pacientovi fyziologické funkce: TK 140/90, P 98/min, TT 36,4 °C, DF 15/min. V 6:45 hodin dodatečně zjištěno, že v noci podaná analgetika byla s efektem, VAS 2/10. Pacient se byl dnes osprchovat šampónem, který dostal od sestřiček. Umyl a vyčesal si vlasy, aby se zbavil šupin na vlasech, a elektrickým strojkem si zarovnal vousy na mírné strniště, aby bylo ošetřování pod vousy lepší. Pyžamo si pacient ponechal stejné, aby byla pokožka i nadále chráněná. Při vizitě, vypadala pokožka stále stejně, změny zatím nebyly moc patrné. Ošetřování v oblasti nosu, obočí a brady bylo zvýšeno na 2x denně (9-11 hod., 15-17 hod.), mast byla ponechána stejná. Na noční ošetřování (19-21 hod.) trupu a končetin byla přidána mast DEX/CUT ke zklidnění kůže. Na nehty DK si pacient již sám aplikoval Cignolin 0,01% a na hyperkeratózu plosek byla naordinovaná nová mast Salicylová vazelína 5%, která byla opět přiložena v „náplasti“ a zavázaná mulovým obvazem. Do kštiny byl aplikován vlasový

cignolin 1x denně (9-11 hod.) Perorální medikace byla ponechána beze změn, Cezera 5 mg 1 tbl a Acidum folicum 1 tbl. V 7:30 hodin pacient udával bolesti kloubů, VAS 8/10, proto mu byla podána 1 tbl Ibumax 400 mg. Za hodinu v 8:30 hodin, byl zjišťován efekt analgetik, kdy se bolest zmírnila na VAS 3/10. Snídani pacient snědl celou, dieta č. 3, zůstala beze změn. V 9:00 hodin proběhlo dopolední ošetřování kůže. Na obočí, nos a vousy byla ponechána mast DEX/AMB 0,01%, na HK, DK a trupu mast CDSU, do kšticce byl aplikován nově vlasový cignolin a na plosky „v náplasti“ silnější mast 5% Salicylová vazelína. Dopoledne pacient vypil 1 l, tentokrát ovocného čaje. Oběd snědl pacient celý. Po obědě, ve 12:00 hodin zjišťován bolest kloubů, VAS 6/10, podána 1 tbl Ibumax 400 mg. Ve 13:00 hodin bolest mírnější, VAS 3/10. V 15:00 hodin proběhlo odpolední lokální ošetřování, v oblasti obočí, nosu a vousů mastí DEX/AMB 0,01%, na kůži HK, DK a trupu byla aplikovaná mast CDSU. Odpoledne pacient vypil 0,5 l čisté vody a 0,5 l černého čaje. Večeři pacient nedojedl, byly ovocné knedlíky, které pacient nemá moc rád. Večerní perorální medikaci pacient neměl, tak zjišťována pouze bolest kloubů, která přetrvává, VAS 5/10. Podána analgetika 1 tbl Ibumax 400 mg v 18:00 hodin. V 19:00 hodin bolest na ústupu, VAS 3/10. V 19:30 hodin proběhlo lékařem naordinované noční ošetření kůže HK, DK a trupu zklidňující mastí DEX/CUT. Pacient se přes den cítil dobře, i nadále dodržoval klid na lůžku a pohyb pouze po oddělení. Močení i stolice přes den bez komplikací. Přes den se pacient cítil dobře, klid na lůžku a pohyb pouze po oddělení dodržoval. Ve 22:00 hodin podána hypnotika, Sanval 10 mg 1 tbl, a na bolest kloubů 1 tbl Ibumax 400 mg, protože pacient udával VAS 5/10. Ve 23:00 hodin zjištěn efekt analgetika, VAS 2/10. Pacient ještě nespál, dané hypnotikum ještě nespókl, protože na počítači sledoval film. O půlnoci pacient klidně spal., hypnotikum užil. Při nočních kontrolách pacient spal až do rána. (chorobopis)

4. den hospitalizace 7. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry pacienty probudily a změřily fyziologické funkce. Pacientovi fyziologické funkce byly, TK 130/80, P 108/min, TT 36,3 °C, DF 14/min. V 6:50 sestry ještě jednou obešly oddělení, aby zkontrolovaly pacienty před vizitou. Dnes proběhla opět pouze osobní hygiena, bez sprchy. Při

vizitě byla kůže lepší, hlavně v okolí obočí, nosu a vousů. Pouze na plošky DK byla naordinovaná silnější mast Salicylová vazelína 10%, ostatní lokální ošetřování bylo ponecháno stejné. Perorální medikace byla ponechána beze změn, Cezera 5 mg 1 tbl. V 7:30 hodin bolesti kloubů, VAS 5/10, proto podána 1 tbl Ibumax 400 mg. Za hodinu v 8:30 hodin zjištěn efekt analgetik, bolest se zmírnila na VAS 3/10. Snídani pacient snědl celou, proto dieta č. 3 ponechána. V 9:00 hodin proběhlo lokální ošetření. Na oblast kolem nosu, obočí a vousů byla ponechána mast DEX/AMB 0,01%, na HK, DK a trup mast CDSU, do kštic se aplikoval vlasový cignolin. Nehty DK si pacient ošetřil mastí Cignolin 0,01%, na hyperkeratózu plosek byla naordinovaná v „náplasti“ Salicylová vazelína 10%, s následným zavázáním mulovým obinadlem. Dopoledne pacient vypil 1 l černého čaje. Oběd snědl celý. Ve 12:00 hodin, pacient udává bolest kloubů, VAS 4/10, podána 1 tbl Ibumax 400 mg. Ve 13:00 hodin bolest mírnější, VAS 2/10. V 15:00 hodin proběhlo lokální ošetření kůže, na obočí, nos a vousy DEX/AMB 0,01%, na trup, HK a DK mast CDSU. Odpoledne pacient vypil 1 l Magnézie. Večeri snědl celou. Večerní perorální medikace nebyla. V 18:00 hodin bolest kloubů mírná, VAS 2/10. Tentokrát analgetika podána nebyla. V 19:30 hodin proběhlo noční ošetření kůže mastí DEX/CUT. Pacient cítil celý den dobře, pohyboval se pouze po oddělení. Močení i stolice bylo bez komplikací. Ve 22:00 hodin byla bolest kloubů větší, VAS 4/10, proto analgetika Ibumax 400 mg 1 tbl podána. Podána i hypnotika Sanval 10 mg 1 tbl. Za hodinu, ve 23:00 hodin pacient spal, proto efekt analgetik nezjištěn. Při nočních kontrolách pacient klidně spal. (chorobopis)

5. den hospitalizace 8. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry pacienty probudily a změřily fyziologické funkce, které byly: TK 125/86, P 100/min, TT 36,6 °C, DF 16/min. V 6:45 při kontrole pacientů sestrou před vizitou, zjištěn efekt podaného nočního analgetika Ibumax 400 mg s efektem, VAS 2/10. Dnes byl pacient ve sprše, kde se opět umyl i vlasy, které si následně vyčesal, aby si z nich odstranil šupiny kůže. Oblékl si i čisté pyžamo. Při vizitě byla kůže HK, DK a trupu byla bez nového zlepšení, proto byla lokální medikace změněna na 2x denně DEX/PIX (9-11 hod., 15-17

hod.). Pacient si při vizitě stěžoval na mírné svědění kůže, proto byla k perorální medikaci přidána antihistaminika, Dithiaden 2 mg 1 tbl na vyžádání, max. však 3 tbl denně, v rozmezí min. 8 hodin. Ranní perorální medikace byla stejná Cezera 5 mg 1 tbl, a Dithiaden 2 mg 1 tbl. Bolest kloubů byla mírná VAS 2/10, proto nebyla analgetika Ibumax 400 mg podána. Snídani pacient snědl celou. Dieta č. 3 ponechána. V 9:00 hodin proběhlo ošetření kůže. Obočí, nos a vousy byly ošetřeny DEX/AMB 0,01%, trup, HK a DK mastí DEX/PIX, do kštic se aplikoval vlasový cignolin, na nehty DK si aplikoval Cignolin 0,01% a na plosky „v náplasti“ 10% Salicylová vazelína se zavázáním mulovým obinadlem. Při ošetřování bylo zjišťováno, zda svědění kůže po podané tabletě Dithiadenu je slabší. Zjištěn byl pozitivní efekt. Dopoledne vypil 1 l ovocného čaje. Oběd snědl celý. V poledne chronickou medikaci pacient neměl. Bolest byla mírná VAS 1-2/10, analgetika Ibumax 400mg nepodána. V 15:00 hodin proběhlo lokální ošetření, na obočí, nos a vousy DEX/AMB 0,01%, na trup, HK a DK mast DEX/PIX. V 16:00 hodin zjišťováno svědění pokožky, které bylo mírnější, proto pacient tabletu Dithiaden 2 mg odmítl. Odpoledne pacient vypil 1 l Magnézie, večeri snědl celou. Večerní perorální medikace nebyla. V 18:00 hodin bolest kloubů mírná, VAS 1-2/10, proto pacient analgetika Ibumax 400 mg odmítl. Močení i stolice bez komplikací. Pacient se i nadále přes den cítil dobře, nově byl pacientovi umožněn pohyb i mimo oddělení. Ve 22:00 hodin byla bolest kloubů větší, VAS 3/10, proto podáno analgetikum Ibumax 400 mg 1 tbl, zjištěn také silnější pocit svědění pokožky, proto dána 1 tbl Dithiaden 2 mg a podána i hypnotika Sanval 10 mg 1 tbl. Ve 23:00 hodin pacient spal, proto efekt na analgetika a antihistaminika nezjištěn. Pacient spal klidně celou noc. (chorobopis)

6. den hospitalizace 9. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry pacienty probudily a změřily fyziologické funkce. Naměřeny byly hodnoty: TK 125/86, P 100/min, TT 36,6 °C, DF 16/min. Na dnešní den byl naplánovaný odběr krve a výtěry z krku a rekta na bakteriologické vyšetření, které provedla noční sestřička. V 6:50 hodin sestry zkontrolovaly pacienty před vizitou. Při vizitě zjištěno zlepšení kůže, a pro zajištění většího efektu lokálního ošetřování kůže byla doporučena fototerapie

UVB 311nm, kterou pacient během posledních hospitalizací dobře snášel. Fototerapie probíhala pouze ve všední dny, tedy od pondělí do pátku. Víkend a svátek byl bez fototerapie. Dnes byla výjimečně provedena celková koupel, protože před aplikací fototerapie musí být pokožka zbavena mastí, aby nedošlo k podráždění. Každý den si pacient po sprše obleče i čisté pyžamo, které bude nosit na fototerapii. Po fototerapii se následně pacient převlékl do starého pyžama, které bylo nasáklé mastí. Noční podání analgetik Ibumax 400 mg a antihistaminik Dithiaden 2 mg, bylo s efektem, VAS 1/10. Vše bylo zjištěno až dodatečně ráno, protože pacient při noční kontrole spal. Chronická perorální medikace byla stejná Cezera 5 mg 1 tbl. Bolest kloubů minimální, VAS 1/10, analgetikum Ibumax 400 mg nepodáno. Svědění pokožky bylo také mírnější, ani antihistaminikum Dithiaden 2 mg nebylo podáno. Snídani pacient snědl. Dieta č. 3 ponechána. Po snídani šel pacient dolu na ambulanci, kde byla zahájena fototerapie UVB 311nm. V 9:00 hodin proběhlo lokální ošetřování. Obočí, nos a vousy byly ostřeny mastí DEX/AMB 0,01%, na HK, DK a trup byla aplikovaná mast DEX/PIX, do kštic se vetřel vlasový Cignolin, na nehty si pacient aplikoval Cignolin 0,01% a na plochy „v náplasti“ 10% Salicylová vazelína zavázaná mulovým obinadlem. Dopoledne pacient vypil 1 l Magnézie, kterou si pacient zašel koupit do kantýny. Oběd snědl celý. Polední, chronickou medikaci pacient neměl. Bolest kloubů v poledne velmi mírná, VAS 2/10, analgetika Ibumax 400 mg pacient odmítl. Svědění kůže také mírnější, proto ani antihistaminika Dithiaden 2 mg nebyla podána. V 15:00 hodin proběhlo odpolední lokální ošetřování, kdy na nos, obočí a vousy aplikována mast DEX/AMB 0,01%, na trup, HK a DK aplikovaná mast DEX/PIX. Odpoledne pacient vypil 1 l ovocného čaje. Večeři pacient snědl celou. Večer pacient neměl žádnou chronickou perorální medikaci. V 18:00 hodin bolest kloubů i nadále mírná, VAS 2/10, analgetika Ibumax 400 mg nepodána. Svědění pokožky pacientka také netrápilo, proto nepodána ani antihistaminika Dithiaden 2 mg. Bez komplikací bylo také močení i stolice. Močení i stolice bylo bez komplikací. Pacient se i nadále přes den cítil dobře. Pacient se fyzicky i psychicky cítil lépe a využíval i možného pobytu mimo oddělení. Ve 22:00 hodin bolest kloubů větší, VAS 3-4/10, podána analgetika Ibumax 400 mg 1 tbl, a pro silnější pocit svědění pokožky, dána 1 tbl Dithiaden 2 mg, zároveň byla podána i

hypnotika Sanval 10 mg 1 tbl. Ve 23:00 hodin, při kontrole zdravotnickým personálem pacient spal, proto efekt nezjištěn. Při kontrolách spal pacient klidně celou noc (chorobopis)

Výsledky provedených odběrů a výtěrů:

Minerály: Na: 140; K: 4,5; Cl: 105; **Dusíkaté metabolity:** Urea: 3,2; Kreatinin: 60; Kyselina močová: 298; **Jaterní testy:** Bilirubin: 6,5; ALT: 0,52; AST: 0,26; GGT: 0,33; ALP: 0,66;

Krevní obraz: Leu: 8,77; Ery: 4,25; HB: 134; HTC: 0,420; MCV: 298,8; MCH: 31,5; MCHC: 319; RDW: 13,7; Pit: 263; MPV: 9,9; PCT: 0,260; PDW: 10,6;

Kultivace a vyšetření VÝTĚR NOS: Primokultura 1. Staphylococcus koagulázanegativní. **Kultivace a vyšetření VÝTĚR Z REKTA:** Primokultura Běžná střevní flóra. (chorobopis)

7. -16. den hospitalizace 10. 7. - 19. 7. 2018

Zdravotní stav pacienta byl během následujících dní stejný. Dne 10. 7. 2018 byla pacientovy aplikovaná biologická léčba Humira 40mg s.c., která proběhla bez komplikací. Ranní fyziologické funkce byly v rozmezí, TK 125-140/80-95, P 90-102/min, TT 36,4-36,6 °C, DF 13-16/min. Při vizitách byla kůže zlepšena, hlavně v oblasti obočí, nosu a vousů, proto bylo lokální ošetření sníženo z 2x denně, pouze na 1x denně dopoledne, ostatní lokální ošetřování bylo ponecháno stejné. Kůže na kštici byla také výrazně lepší, proto bylo ošetřování vlasovým cignolinem zrušeno. Fototerapie UVB 311 nm pokračovala ve všedních dnech bez komplikací. Ranní, chronická medikace zůstala stejná, Cezera 5 mg 1 tbl denně, ve středu 11. 7. 2018 a ve čtvrtek 12. 7. 2018 byl podán k ranní chronické medikaci ještě i Methotrexat 2,5 mg 2 tbl ráno i večer, a 13. 7. 2018 dostal pacient k ranní chronické medikaci Acidum folicum 1 tbl. Na oblasti kolem obočí, nosu a vousů byla ponechána mast DEX/AMB 0,01%. Na ošetřování trupu, HK a DK byla ponechána stejná mast DEX/PIX. Na nehty si pacient i nadále aplikoval Cignolin 0,01% a na plošky se i nadále za pomoci mulového obinadla aplikovala „v náplastí“ 10% Salicylová vazelína. Svědění pokožky se v těchto dnech zmírnilo, antihistaminikum Dithiaden 2 mg pacient užíval maximálně 1x

denně, a to hlavně na noc, kdy bylo svědění pokožky nejsilnější. Bolest kloubů postupně ustupovala, VAS bylo v rozmezí 1-3/10, analgetika Ibumax 400 mg, pacient užíval, zejména na noc. Všechna jídla pacient vždy snědl, proto i nadále zůstala, dieta č. 3. Přes den pacient vypil 1 l čaje a 1 l Magnézie. Bez komplikací byla nadále i moč a stolice. Pacient se nadále cítil dobře a využíval možnosti pohybovat se mimo oddělení, a to sám, nebo ve společnosti ostatních pacientů. Na noc i nadále užíval hypnotika Sanval 10 mg 1 tbl, a v klidu při kontrolách spal až do rána. (chorobopis)

17. den hospitalizace 20. 7. 2018

V 6:00 hodin noční sestry pacienty probudily, změřily fyziologické funkce, hodnoty byly: TK 145/89, P 105/min, TT 36,5 °C, DF 15/min. V 6:45 hodin proběhla pravidelná kontrola pacientů před ranní vizitou. Při vizitě byla kůže výrazně zlepšena, proto byla domluvena dimise. Po vizitě pacient provedl celkovou koupel s umytím vlasů, a oholením vousů elektrickým strojkem. Ranní chronická medikace byla stejná Cezera 5 mg 1 tbl, Acidum folicum 1 tbl. Bolest kloubů byla menší, pohybovala se VAS 1-3/10, proto bylo pacientovi doporučeno užívat analgetika Ibumax 400 mg pouze při bolesti, kdy VAS bude vyšší než 3/10. Svědění kůže bylo také mírnější, doporučená antihistaminika Dithiaden 2 mg 1 tbl užívat pouze při silném svědění, maximálně 2 tbl denně v rozmezí 12 hodin. Dopolední lokální ošetření již nebylo provedeno, pacient si kůži ošetří doma sám. Pacient odcházel po převzetí propouštěcí zprávy a receptů sám bez doprovodu. V lékárně trvá příprava mastí z receptů většinou 2 dny, proto pacient dostane domů kelímek s mastí, aby se lokální ošetřování nepřerušilo. Vylučování moče a stolice stále bez komplikací. (chorobopis)

2.5 Dlouhodobá péče

Chronickou medikaci bude pacient po propuštění užívat stejně Cezera 5 mg 0-0-0-1, Methotrexat 2,5 mg, celkem 15mg týdně (středa 0-2-0-2, čtvrtek 0-0-0-2), Acidum folicum 24 hod. po MTX (pátek 0-0-0-1), (dávkování P-V-N-R). Na fototerapii UVB 311 nm bude pacient docházet až do plánované kontroly alespoň 2x týdně. Termíny si domluví se sestřičkou. Do další kontroly bude i nadále doma

pokračovat v lokálním ošetřování mastí DEX/CUT 1x denně na projevy trupu a končetin, na projevy v obličeji DEX/AMB 0,01% 1x denně, na projevy do kůže DEX/LEN 1x denně s postupným vysazováním. Na hyperkeratózy na ploskách Salicylová vazelína 5%, do meziprstí Batrafen crm, na nehty Diprosone ung 2x denně. S postupným vysazováním znamená, že po propuštění bude pokračovat v lokálním ošetřování 1x denně, za 2 dny, pokud nedojde ke zhoršení, bude s lokálním ošetřováním pokračovat obden. Po týdnu, když se obtíže nebudou zhoršovat, bude v lokálním ošetřování pokračovat pouze 2x týdně. Po dalším týdnu, bez nových obtíží sníží lokální ošetřování na 1x týdně. Takto může v ošetřování pokračovat až do kontroly. Kdyby se stav pokožky začal zhoršovat, může lokální ošetřování opět navýšit. 10.7.2018 se dostaví na dermatologickou ambulanci k další aplikaci Humira 40 mg s.c. Na 4. 9. 2018 má pacient naplánovanou kontrolu na dermatologické ambulanci. Kontrolní odběry krve a moče budou provedeny den předem, tedy 3. 9. 2018 (krevní obraz + diff, urea, kreatinin, kyselina močová, bilirubin celkový, ALT, AST, GMT, cholesterol, TRG, CRP, glykémie, M+S). (chorobopis)

2.6 Ošetřovatelské problémy

Sestra stanoví ošetřovatelské problémy pacienta a při jejich řešení spolupracuje s ostatním zdravotnickým personálem. Tyto diagnózy udávají nejen zdravotní potíže jedince, ale také potenciální rizikové faktory, které souvisejí s hospitalizací. Ošetřovatelská diagnóza popisuje reakci nemocného na nemoc a zjišťuje, do jaké míry nemoc zasahuje do normálního života nemocného. Nemocní s diagnózou psoriasis se potýkají především s psychickými problémy, které jsou spojené s jejich vzhledem, se začleněním se do společnosti, ale také může vzniknout riziko vzniku infekce, příp. riziko vzniku bolesti u artritické psoriázy. Ve své práci jsem se zaměřila na riziko vzniku bolesti z důvodu psoriatické artritidy a na porušenou kvalitu života z důvodu problematického začlenění se do společnosti pro estetický dopad onemocnění a některé předsudky s ním spojené.

2.6.1 Riziko vzniku bolesti z důvodu psoriatické artritidy

Podle Hakla: „Bolest je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) definovaná jako nepříjemná senzomotorická a emocionální zkušenost spojená s akutním či potenciálním poškozením tkání nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní.“ (HAKL et al. 2011, str. 13)

Podle Křivohlavého: „Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Multidimenzionální pojetí bolesti se projevilo i v definování bolesti podle IASP. (KŘIVOHLAVÝ 2002, str. 80)

Každý jedinec vnímá kvalitu a intenzitu bolesti jinak. Je to dáno především předchozí zkušeností s bolestí. Velkou roli při vnímání bolesti a její intenzity hraje věk, pohlaví, denní doba, předchozí zkušenost, prostředí, kulturní a etnické faktory a prostředí. Při ošetřování pacienta s bolestí nespícháme, pacientovi dáme dostatek času, aby nám mohl svou bolest co nejpřesněji popsat. (HAKL et al. 2011, ZACHAROVÁ 2007)

Bolest rozdělujeme podle délky trvání na bolest akutní a chronickou.

Akutní bolest je krátkodobá, trvá hodiny, dny, týdny. Vzniká ihned po vyvolané příčině, většinou je dobře ohraničená a místo vzniku odpovídá místu příčiny. Bývá provázena hypertenzí, tachykardií, hyperventilací, zvýšeným svalovým tonusem, ale také strachem, obavami a výrazně je ovlivněna psychika. Mezi akutní bolesti řadíme pooperační bolest. (HAKL et al. 2011)

Chronická bolest je dlouhodobá, trvá déle než 3 měsíce a délka jejího trvání neodpovídá vyvolávající příčině. Nemocného velmi často omezuje v běžných denních aktivitách. Sníženou kvalitu života a možný vznik depresí vyvolává špatný spánek nemocného. Chronická bolest se často stává sama o sobě nemocí, která je obtížně léčitelná. (HAKL et al. 2011)

Bolest dále dělíme podle fyziologie na somatickou a viscerální.

Somatická bolest, neboli tělesná, vychází z kůže, z kloubů, ze svalů a může být povrchová nebo hloubková. Povrchová bolest bývá ostrá, bodavá a dobře lokalizovaná. Hloubková bolest bývá palčivá, úporná a vzniká stimulací receptorů bolesti v hlubokých vrstvách kůže, kloubů nebo svalů. Přenášejí ji míšní nervy, zvláště hlavové nervy. (HAKL et al. 2011)

Viscerální bolest má zdroj v útrokách, je spíše tupá, nepřesně lokalizovaná, u břišních orgánů často umístěna uprostřed břicha. Přenášejí ji autonomní nervy. (HAKL et al. 2011)

Dále můžeme bolest dělit podle intenzity na slabou, střední, silnou a nesnesitelnou a podle pocitů může být bolest tupá, ostrá, bodavá, řezavá, pálivá, záchvatovitá. (HAKL et al. 2011, MÁLEK et al. 2009)

Důležitým krokem ke správné léčbě bolesti je řádná diagnostika bolesti, její měření a dokumentování. Velmi důležité je odebrání anamnézy bolesti, kde se zaměříme hlavně na příčinu a okolnosti vzniku bolesti, dále na lokalizaci, rychlost nástupu, charakter bolesti a na faktory, které bolest zlepšují nebo zhoršují. (MÁLEK et al. 2009)

Pro správnou léčbu bolesti je důležité pravidelné hodnocení intenzity bolesti. Nejčastěji se používá VAS (vizuální analogová škála) a NRS (numerická škála bolesti). Intenzita bolesti je vždy subjektivním hodnocením pacienta, a někdy se může být sestrou i lékařem podhodnocena. Pacient vyjadřuje stupeň intenzity bolesti od 0 do 10, kdy 0 znamená žádnou bolest, a 10 je největší bolest, jakou si pacient dovede představit. Vždy je účelné společně s VAS nebo NRS zaznamenávat i údaje o měření frekvence dechu, tepu a krevní tlak. Jak uvádí Klementová ve svém článku: „Používání pravítek VAS, která jsou na první pohled velmi jednoduchá, vyžaduje edukaci a velkou spolupráci nemocných. Komplikovaná edukace bývá u chronicky nemocných, kteří ve snaze zbavit se svých potíží nadsazují výsledek. Zkušená sestra, která zná projevy akutní a chronické bolesti, dokáže bolest posoudit a cíleným rozhovorem se s nemocným shodne na stupni.“ (HAKL et al. 2011, KLEMENTOVÁ 2010, MÁLEK et al. 2009)

Ke stanovení intenzity bolesti je vhodné využití slovní škály, kdy si pacient vybírá z pětistupňové škály výraz, který nejlépe vystihuje intenzitu bolesti. Nejčastěji se využívá PPI (Present Pain Intensity). Na této škále je 5 výrazů, kdy 1. je žádná bolest, 2. mírná, 3. střední, 4. intenzivní a 5. nesnesitelná bolest. (HAKL et al. 2011, MÁLEK et al. 2009)

U dětí se nejčastěji používá obrázková obličejová škála (Faces Pain Scale), kde se místo číslic používají obličeje, které vyjadřují stav bez bolesti, nebo

naopak obličej s velkou bolestí. Tato škála je ve své podstatě stejná, jako ostatní škály bolesti. (HAKL et al. 2011, MÁLEK et al. 2009)

Jak uvádí Rokyta: „Cílem léčby bolesti je snížit nebo odstranit bolest pacienta s minimálními vedlejšími účinky.“ (ROKYTA et al. 2009, str. 37)

K léčbě bolesti využívá nefarmakologické nebo farmakologické postupy. U nefarmakologické léčby využíváme fyzikální teploty, jako je teplo, chlad, imobilizace, masáže a akupunkturu. Důležitá je i psychologická podpora, kdy se snažíme zmírnit pacientův strach. (MÁLEK et al. 2009, ROKYTA et al. 2009)

Farmakologická léčba je základem při léčbě akutní i chronické bolesti. WHO (Světová zdravotnická organizace) v roce 1986 zavedla tzv. třístupňový analgetický žebříček k léčbě bolesti. Tento třístupňový analgetický žebříček slouží ke správnému užívání analgetik, a je jednoduchým vodítkem pro správnou léčbu bolesti. První stupeň žebříčku je určen pro mírnou bolest, VAS 1-3, kde se používají neopioidní analgetika. Druhý stupeň představuje střední bolest, VAS 4-6, kdy se používají neopioidní analgetika a slabé opioidy. Třetí stupeň představuje silné bolesti, VAS 7-10, kdy se používají silné opioidy. Třístupňový žebříček byl navržen pro akutní i chronickou bolest. Při akutní bolesti postupujeme od silnějších analgetik ke slabším. U chronické bolesti postupujeme opačně, od nejslabších analgetik po nejsilnější. (HAKL et al. 2011)

Farmakoterapie může být aplikována různými způsoby perorálně, intravenózně, intramuskulárně, subkutánně, rektálně nebo transdermálně. Pro léčbu akutní bolesti je nejvhodnější intravenózní aplikace. U léčby chronické bolesti by měla být léčena multidisciplinárně s využitím týmové spolupráce algeziologa, neurologa, psychiatra, rehabilitačního lékaře a psychologa. Vhodné je také pracoviště léčby bolesti tzv. Centra pro léčbu bolesti, Ambulance bolesti. Na těchto pracovištích je cílem stanovení správné a včasné diagnózy, nastavení terapie. Centra a ambulance pro léčbu bolesti zajišťují komplexní algeziologickou péči, která zahrnuje algeziologické vyšetření, zhodnocení bolesti a návrh účinného analgetického postupu. (MÁLEK et al. 2009, ROKYTA et al. 2009)

Bolest je u pacientů s psoriatickou artritidou poměrně častá. Charakter bolesti bývá zánětlivý s typickým ranním pesimismem a úlevou po rozcvičení. Klouby jsou ale méně oteklé než u revmatoidní artritidy. Typická ranní ztuhlost

trvá 30 až 60 minut, výjimečně to může být i déle. Postižený může být jakýkoliv periferní kloub, nejčastěji to jsou drobné ruční klouby, zápěstí, drobné nožní klouby, hlezna, kolena a ramena, výjimečně i kyčelní klouby. Postižené mohou být někdy i klouby axilárního skeletu včetně kloubů sakroiliakálních. Charakteristické bývá zbarvení kůže nad postiženými klouby. (ŠTOLFA et al. 2007)

Pacient před příjmem na naše oddělení k hospitalizaci trpěl doma velkými bolestmi kloubů VAS 8/10, které ho velmi omezovaly v běžných činnostech. Doma na bolesti zkoušel užívat nepravidelně pouze Paralen 500 mg, většinou 2-3x denně 1 tabletu. Po příjmu na oddělení, mu byla nasazena analgetika Ibumax 400 mg, v pravidelných dávkách 4x denně. Společně s lokálním ošetřováním se bolest kloubů po několika dnech začala zmírňovat a analgetika se mohla postupně snížit na Ibumax 400 mg 3x denně. I po propuštění z hospitalizace bylo pacientovi pravidelné užívání analgetik doporučeno, s doporučením, aby analgetika při snižování bolesti začal postupně vysazovat. Analgetika se nesmí vysadit najednou, ale postupným ubíráním na 2x denně 1 tabletu, následně na 1x denně 1 tabletu, a poté brát analgetika jen podle potřeby. (chorobopis)

2.6.2 Porušená kvalita života z důvodu problematického začlenění se do společnosti

Kvalita života vychází z Maslowy teorie lidských potřeb, kam patří fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, potřeba úcty, potřeba lásky a seberealizace. Kvalitu života můžeme posuzovat podle několika ukazatelů. Mezi tyto ukazatele patří životní prostředí, úroveň bydlení, dostupnost základních služeb, jako je školství, zdravotnictví, úroveň mezilidských vztahů, volný čas, pracovní podmínky, sociální začlenění do společnosti, sociální jistoty. (BERAN 1997, FRANKL 1995)

Podle Kruegera: „Když se psoriáza jednou objeví, je pro svou neestetičnost a chronickou „číhající“ povahu trvalým zdrojem psychické zátěže, a to nejen v období exacerbace, ale i během remise, kdy až 88 % pacientů má obavy z nového vzplanutí.“ (KRUEGER et al. 2001)

Obavy z odmítání okolí, snížené sebevědomí a sebehodnocení, patří mezi nejzávažnější psychické problémy. U kožních nemocí se objevuje vyšší výskyt úzkostí, depresí a také je zde častější výskyt suicidálních myšlenek. Velké obavy ze zhoršení nebo z návratu kožních projevů, mohou vést k nadměrnému vyhýbání se všem domnělým spouštěčům, které jsou nad rámec omezení a doporučení v léčebném režimu. Všechny tyto problémy mohou vést až k poruše sociální integrace osobnosti. Stává se, že pacient natolik propadne léčebným praktikám, až se pro něj mohou stát obsesí. V období exacerbace pacient negativně vnímá neestetičnost kožních ložisek a o to více si uvědomuje „sociální viditelnost“ své nemoci. Obavy z odmítavé reakce okolí, které je velmi často posilované reálným odmítáním na základě chybějící informace, či předsudku, mohou vést až k vyhýbání se společenským kontaktům, k sociální izolaci nebo k depresi. (NOVOTNÝ 2002, PÉREZ 2010).

Jak píše Krivohlavý ve své knize: „Stres je považován za souhrn všech nespecifických změn vyvolaných funkčním porušením nebo opotřebením organismu.“ (KŘIVOHLAVÝ 2002)

Vztah psoriázy a psychiky je obousměrný. Onemocnění psoriázou je příčinou nejen psychického stresu, ale současně je psoriáza stresem negativně ovlivňována. Stres patří mezi tzv. endogenní provokační faktory, které pacienti popisují, jako hlavní faktor, který se vztahuje k samotné nemoci. Pacient se tak často pohybuje v bludném kruhu. (GUPTA 1990, PÉREZ 2010)

Pro posouzení deprese, hlavně v psychiatrii, ale i u pacientů s diagnózou psoriázy, se používá Zungovu sebesposuzovací stupnici deprese, která se skládá z 20 otázek. (<http://psychiart.cz/zungova-sebeposuzovaci-stupnice-deprese.html>, staženo 9. 5. 2019)

Z hlediska psychologie rozlišujeme tři druhy pacientů. Prvním je pacient laxní, lhostejný, bez zájmu o řádné léčení (takový pacient se neobrací na lékaře, neléčí se nebo se léčí sám). Druhý je pacient s rozumným, a úměrným zájmem, který dobře spolupracuje s lékařem. Třetí pacient bývá principiálně nespokojený, který pátrá po všech dostupných léčebných metodách, a často střídá různé lékaře i léčitele. (NOVOTNÝ 2002)

Pro nemocného je velmi těžké zůstat v duševní pohodě, když se při akutním výsevu psoriázy neodvážejí svléknout například sako, nebo si vzít na sebe krátkou sukni, protože jsou zde vidět zřetelná mapovitá ložiska způsobená nemocí. Často je pro pacienta nemyslitelné., aby šel na veřejné koupaliště, či jel k moři, i když právě koupání v mořské vodě a slunění je jedním z účinných způsobů, jak průběh nemoci příznivě ovlivnit. Takovouto situaci lze srovnat se středověkem, kdy nemocní s psoriázou byli označováni za „nečisté“, a byli vyvrženi ze společnosti. (BARTÁK 1995)

Chronický stres, který je spojený s chronickým onemocněním velmi často vyvolává v organismu fyziologické reakce, které se při opakování dále upevňují a zapříčiňují chorobu. Podle Kelnarové: „Pro pacienta je stresem ohrožení hlavně jeho osobních a společenských hodnot, ztráta blízkého člověka, a ztráta smyslu života.“ (KELNAROVÁ et al. 2007, ZACHAROVÁ et al. 2007)

Dalším nedílným zdrojem stresu je též sexuální oblast. O této problematice diskutuje pacient často více se sestrou než s lékařem. Se sestrou je v užším kontaktu a častěji jí důvěřuje a snáze se svěřit. Ať se jedná o stavy úzkosti z toho, že partner bude hodnotit stav kůže a atraktivitu, ale i možnosti reprodukce. Partneři si nechtějí pořizovat potomky z důvodu genetické predispozice, někdy se obávají nežádoucích účinků léčby. Najít spřízněnou duši je mnohonásobně těžší než u lidí bez kožních potíží, jako příklad pacient s onemocněním diabetes mellitus, u kterého je prognóza daleko závažnější, ale partnerům toto onemocnění nevádí, protože není vidět! Velkým společenským problémem, o kterém se začíná více mluvit, je i závislost na alkoholu, či jiných návykových látkách. (NOVOTNÝ 2002, ŠTORK 2008)

Léčba biologiky představovala v posledních 20 letech obrovský průlom v terapii psoriázy. (BENÁKOVÁ et al. 2007, ŠTORK 2008)

Dermatologie je obor mnoha paradoxů, jedním je i to, že někteří pacienti poté, co jim začnou fungovat biologika, ztratí o léčbu zájem. Jejich stav se natolik zlepšit, že jsou bez kožních i kloubních potíží a přijdou o invalidní důchod. Tito lidé žádají o změnu terapie, aby měli jistotu důchodu a nemuseli hledat práci, neboť v extrémních případech nikdy nepracovali a již od útlého věku byli závislí na dávkách invalidního důchodu. V takových případech musí spolupracovat lékaři

a Služba sociálního zabezpečení. Pokud sami pacienti nechtějí, jejich myšlení lze jen těžko změnit. (BENÁKOVÁ et al. 2007, ŠTORK 2008)

Podle Novotného: „Důležitou roli sehrává zkušený psycholog, jehož práce je komplexní, kdy učí nemocného provádět relaxační techniky, autogenní trénink, který se může kombinovat s jógou, meditací, muzikoterapií apod. (NOVOTNÝ 2002)

Sestra má velkou úlohu, při které si všímá nemocného, snaží se ho uklidnit, povzbudit a motivovat k dodržování léčby. Její snahou je pacientovo smíření s nemocí, a aby se s ní naučil žít. (BENÁKOVÁ et al. 2007)

Před nástupem na hospitalizaci měl pacient PASI 29,9 a DLQI 22, což znamená velmi velké postižení kůže celého těla, a velké omezení kvality života. Pacienta toto postižení velmi omezovalo v běžných činnostech, které byly čím dál tím víc obtížnější. Pracuje jako manažer společenských akcí a kvůli bolestem a většímu postižení na nehtech horních a dolních končetin měl velké problémy, protože nemohl dělat svou práci tak, jak byl zvyklý. I pohledy klientů na společenských akcí na něj po psychické stránce nepůsobily nejlépe. Pacient je sice se svým onemocněním smířen, ale i tak je vidět, že zhoršené projevy na viditelných místech ho velmi omezovaly. Čím větší bylo postižení, tím větší byl i pacientův stres. Během hospitalizace za pravidelného lokálního ošetřování a nasazené biologické léčbě se pokožka začala zlepšovat. Asi od 15. dne hospitalizace se opět začal pacient zajímat o plánování dalších společenských akcí, kterých se chtěl po propuštění zúčastnit. Bylo velmi zřetelné, že jak se zlepšovala pacientova pokožka a nehty na horních a dolních končetinách, začala se zlepšovat psychika i kvalita života pacienta. Při propuštění pacienta z hospitalizace bylo PASI 6, a DLQI 12, což je velmi malé postižení kůže a menší omezení kvality života. (chorobopis)

DISKUZE

Léčba bolesti u psoriatické artritidy je velmi složitá a podílí se na ní nejen kožní lékař, ale také revmatolog. Aby se předešlo dlouhodobým následkům, musí se léčba zahájit včas. K hlavnímu cíli patří potlačení kloubního zánětu se zachováním funkce kloubu. Léčbu psoriatické artritidy představuje hlavně aplikace nesteroidních antirevmatik (NSA), chorobu modifikujících léků (DMARDs) a kortikoidy. Nejnovějším přístupem je podávání biologik. (OLEJÁROVÁ et al. 2012, SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTOLFA et al. 2007)

Nesteroidní antirevmatika mají analgetický a protizánětlivý účinek. Příznivě ovlivňují počet bolestivých a oteklých kloubů a skóre bolesti. Zatím nebyl prokázán jejich přímý účinek, ale jejich používání je podloženo studii s pacienty. Nevýhodou je, že nejsou schopny dlouhodobě příznivě ovlivnit vývoj onemocnění. V aktivním období nemoci jsou NSA podávány v plné dávce 3-4 týdny. Pokud do té doby nedojde k dosaženému efektu, měl by být vyzkoušen jiný preparát. Při zlepšení bolesti je možné pokračovat s léčbou „podle potřeby“. Pokud nedojde k požadovanému efektu, zvažuje se zahájení léčby některým z preparátů ze skupiny „chorobu modifikujících“. (OLEJÁROVÁ et al. 2012, SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTOLFA et al. 2007)

Pokud není léčba NSA úspěšná, zahajuje se léčba preparátem ze skupiny „chorobu modifikující“ (DMARDs), která mají silný protizánětlivý účinek, mají dlouhotrvající efekt, a působí i po vysazení léku. Mezi léky této skupiny patří sulfasalazin, Methotrexat, leflunomid a cyklosporin A v kombinaci s Methotrexatem. Pozitivně ovlivňují intenzitu bolesti, zmírňují otok a zlepšují hybnost. Nevýhodou je pomalý nástup účinku, nežádoucí účinky nebo nedostatečná účinnost, díky které musí pacient docházet na pravidelné kontroly, včetně laboratorních vyšetření. (OLEJÁROVÁ et al. 2012, SKLENÁŘ et al. 2009, ŠTOLFA et al. 2007)

V roce 6/2016 pacient splňoval veškerá kritéria, a byl zařazen do studie švýcarské společnosti Novartis na Secukinumab. Tato studie probíhala ve spolupráci švýcarské společnosti Novartis a Revmatologického ústavu v Praze. Během studie byl pacientovi subkutánně aplikován lék Cosentyx 150mg v předem naplněné injekční stříkačce. Každé 3 týdny chodil pacient na pravidelné kontroly,

kteře byly spojené vždy s odběrem krve. Lék se aplikoval každých 14 dní. U pacienta, byla léčba velmi úspěšná na klouby, které přestaly bolet a otékat, ale efekt na psoriázu kůže nebyl moc přínosný. (chorobopis)

Klinické studie, které byly provedeny u pacientů s psoriázou, prokázaly dobrý efekt na kožní projevy, tak i účinek Secukinumabu na zánětlivé postižení pohybového aparátu. Byla provedena studie, která měla 3 fáze, a byla zaměřena na pacienty se středně těžkou a těžkou formou psoriázy. (CIFERSKÁ et al. 2017)

Ve druhé fázi klinické studie byl u 28 pacientů použit Secukinumab a u 14 pacientů placebo. Během studie pacienti, kteří užívali Secukinumab vykazovali výrazné zlepšení v klinických a laboratorních parametrech. U pacientů, kteří užívali Secukinumab se objevilo šest nežádoucích příhod. U pacientů užívajících placebo, došlo pouze k jedné nežádoucí příhodě. (CIFERSKÁ et al. 2017)

Na základě výsledků, byla zahájena třetí fáze, které se zúčastnilo více pacientů s psoriatickou artritidou. Cílem této fáze bylo sledování bezpečnosti biologického léku, ale také určení optimální dávky k dosažení remise v klinických a laboratorních parametrech. Secukinumab byl aplikován intravenózně a subkutánně. Zároveň bylo aplikováno i placebo. Primárních cílů ve 24. týdnu aplikace dosáhlo více pacientů, kteří dostávali Secukinumab oproti pacientům užívajících placebo. Mezi nejčastější nežádoucí příhody patřily infekční komplikace, především kandidózy, které se ale u pacientů užívajících placebo neobjevily. (CIFERSKÁ et al. 2017)

Secukinumab patří mezi první schválený lék na léčbu psoriatické artritidy, který je registrován i v České republice. Studie prokázaly dobrý efekt na kožní i pohybové projevy a dobrou snášenlivost. Secukinumab se stal dostupným lékem vhodným k léčbě psoriatické artritidy, který dokáže dobře ovlivnit symptomy této nemoci. (CIFERSKÁ et al. 2017)

Secukinumab byl poprvé použit ve světě v roce 2005. U nás v ČR se od roku 2015 používá hlavně přípravek Cosentyx, který obsahuje účinnou látku Secukinumab. (CIFERSKÁ et al. 2017)

Pacientovi byla od 7/2018 aplikovaná biologická léčba Adalimumab (přípravek Humira). Pacient zatím absolvoval první dávku ambulantně a druhou

dávku za hospitalizace 10. 7. 2018, proto nešel zatím účinek moc hodnotit. Pacient byl v listopadu 2018 na pravidelné kontrole na dermatologické ambulanci, kde byl již efekt biologické léčby Humira a domácího lokálního ošetřování patrný. Nehty horních i dolních končetin se výrazně zlepšily, začaly mu růst nové, zdravě vypadající nehty. I kůže se zlepšila. Ložiska, která byla patrná během hospitalizace v 7/2018, již nebyla skoro viditelná. (chorobopis)

Adalimumab byl ve světě poprvé použit v roce 2003, u nás v ČR od roku 2008, se používá přípravek Humira, který tuto účinnou látku obsahuje. Humira je připravena již v předem naplněné injekční stříkačce. Aplikuje se subkutánně nejčastěji do oblasti břicha, kolem pupíku, nebo do stehen. Aplikaci provádí sestra, pokud lékař rozhodne, může si injekce aplikovat pacient sám. Humira se může aplikovat u dětí s chronickou psoriázou od 4 let, u kterých nebyla lokální terapie a fototerapie dostatečně účinná. (NEČAS 2019)

Mezi rokem 2003 – 2009 proběhlo hodně studií, do kterých byli zařazeni pacienti s chronickou ložiskovou psoriázou, a pacienti se středně těžkou a těžkou chronickou psoriázou, která byla spojená s postižením rukou nebo nohou. Byl prokázán účinek nejen na ložiskovou psoriázu, ale i na postižení nehtů na rukou nebo nohou. (NEČAS 2019)

Pacient byl v únoru 2019 na kontrole na dermatologické ambulanci, kde při užívání chronické medikace Cezera 5mg 0-0-0-1, Methotrexat 2,5mg, celkem 15mg týdně (středa 0-2-0-2, čtvrtek 0-0-0-2), Acidum folicum 24 hod. po MTX (pátek 0-0-0-1), (dávkování P-V-N-R), a pravidelné aplikaci biologické léčby Humira 40mg každé dva týdny, došlo k výraznému zlepšení. Zlepšení bylo patrné nejen na kůži, ale také na nehtech horních a dolních končetin, na kterých nebyly žádné známky předchozího postižení. I bolestivost a hybnost kloubů byla bez omezení, nyní VAS 0/10. PASI měl pacient 1,4, což je velmi nepatrné postižení. S tímto zlepšením se zlepšil i psychický stav pacienta, který se bez omezení zapojil do společenského života, a i pracovně se mu začalo opět dařit. DLQI u pacienta bylo 1, což je velmi malé omezení kvality života. (chorobopis)

V další části diskuze bych se ráda zaměřila na kvalitu života pacientů s diagnózou psoriasis. Mezi historicky první a zároveň dodnes nejpoužívanější nástroj kvality života v dermatologii představuje Dermatologický index kvality

života (Dermatology Life Quality Index, dále DLQI). Tento DLQI byl navržen autory Finlay a Khann (2006), a používá se u mladistvých od 16. roku života, a u dospělých. DLQI je dostupný ve 20 jazycích, včetně českého jazyka. DLQI byl použit při mnoha studiích. Tvoří ho 10 otázek, podle kterých, se u pacienta hodnotí-symptomy, prožívání, denní činnosti, využití volného času, pracovní a studijní aktivitu, osobní vztahy, a léčbu. (FINLAY et al. 2006).

Jednotlivé položky DLQI jsou hodnocené na čtyřstupňové stupnici od 0 do 3 (kdy 3- je velmi mnoho, 2- je dost, 1- je málo, 0- vůbec ne). Při nezodpovězené otázce se položka skóruje číslem 0. Možnost dosažených bodů v rozpětí od 0 do 30 bodů, kdy 0 představuje minimální počet bodů a 30 maximální počet bodů. Čím vyšší celkové skóre, tím je větší, negativnější dopad onemocnění na kvalitu života pacienta. Nižší skóre znamená, že onemocnění nemá výrazný vliv na kvalitu života pacienta. (GURKOVÁ 2011)

Později byla vytvořena verze i pro dětskou populaci (Children's Dermatology Life Quality Index, dále jen CDLQI). (GURKOVÁ 2011)

V německy hovořících zemích se využívá tzv. Německý nástroj na stanovení kvality života při kožních chorobách (German Instrument for the Assessment of Quality of Live in Skin Diseases, dále jen DIELH). Zde se kvalita života hodnotí prostřednictvím 36 položek, které jsou seskupeny do sedmi subškál-symptomatologie (reflektuje nejčastěji dermatologické symptomy, např. pálení, svědění, suchost kůže, olupování a jiné), psychická oblast (sebevědomí, kolísání nálady, smutek, pocity hanby, pocit izolace, netrpělivost, strach a jiné), denní aktivity, volný čas, sociální funkce, práce, léčba. (SCHÄFER et al. 2001)

DIELH představuje stejně jako DLQI validní, věrohodný a citlivý nástroj využívaný v širokém spektru kožních onemocnění, jako je psoriáza, akné, urtika, ekzémové onemocnění. Mezi oběma nástroji byly potvrzené silné korelace. (SCHÄFER et al. 2001)

Téma psychiky u kožních pacientů a její zohlednění v akutní léčbě, poukazuje na to, že v roce 2004 vznikla při České dermatovenerologické společnosti (dále jen ČDS) Psychodermatologická péče, která má ve svých úkolech a cílech stanovený bod programu „Doplnění dermatovenerologické léčby

o psychoterapii i psychofarmaka v nepsychiatické indikaci“. (HŮLKOVÁ et al. 2008)

Cílem studie, která proběhla od října 2006 do března 2007 v ambulancích Kožní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové, a na lůžkovém oddělení téže nemocnice, bylo zveřejnit kvalitu života u nemocných s diagnózou psoriáza a s atopickou dermatitidou, zjistit míru úzkostí a depresí, a to vše v souvislosti s jejich onemocněním. Cílovou skupinou byli pacienti starší 18 let. Studie se účastnilo 68 subjektů, z toho 44 s diagnózou psoriáza (20 žen, 24 mužů) a 24 s diagnózou atopická dermatitida (20 žen, 4 muži), z toho bylo 17 pacientů hospitalizovaných, a 51 ambulantních pacientů. (HŮLKOVÁ et al 2008)

Nemocní dostali dotazník, který měl dvě části. V první části byl dotazník DLQI, ve druhé části byl dotazník Hospital Anxiety Depression (dále jen HAD), který monitoruje míru deprese nebo úzkosti pacienta. Dotazník obsahuje 14 otázek, kdy 7 otázek se týká úzkosti a 7 otázek se týká deprese. (ZIGMOND et al. 1983).

Výsledky nebyla zjištěna závislost, nebo byla zjištěna slabá závislost nepoužitelná pro predilekci mezi kožním postižením a úzkostí nebo depresí, kdy 22 % nemocných bylo úzkostných a 39 % nemocných bylo s depresí. Pacienti s psoriázou se neshodovali v hodnocení tíže vlastní nemoci s objektivním hodnocením. (HŮLKOVÁ et al 2008)

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem zpracovávala téma ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou psoriasis.

V první, části jsem se zaměřila na teoretické poznatky, které jsem čerpala z odborné literatury, českých a zahraničních časopisů a z osobní zkušenosti s diagnózou psoriázy. Popisovala jsem anatomii kůže, základní charakteristiku onemocnění, epidemiologii onemocnění, klinický obraz a druhy psoriázy, klinická vyšetření a laboratorní metody, průběh onemocnění, terapii, komplikace onemocnění, prognózu a prevenci.

V druhé, praktické části, jsem popisovala základní údaje o nemocném, lékařskou anamnézu, ošetrovatelskou anamnézu podle modelu fungujícího zdraví Marjory Gordon, průběh hospitalizace, dlouhodobou péči po propuštění z hospitalizace a ošetrovatelské problémy. Zvolila jsem si dva ošetrovatelské problémy, riziko vzniku bolesti z důvodu psoriatické artritidy a porušenou kvalitu života z důvodu problematického začlenění se do společnosti.

Poslední část mé práce je věnována diskuzi, kde jsem se zaměřila na léčbu bolesti, studii biologických přípravků a na hodnocení kvality života pacientů s diagnózou psoriáza.

V závěru práce v přílohách přikládám souhlas nemocnice s používáním zdravotnické dokumentace a fotografií, dotazníky k posouzení postižení tíže psoriázy a rozsah postižení kůže, nehtů a kštice, DLQI dotazník, Zungovu sebesposuzovací stupnici deprese, farmakologii a ošetrovatelskou anamnézu 3. LF UK. Souhlas pacienta a souhlas Etické komise je k nahlédnutí u autorky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

- BARTÁK, Pavel. Lupénka-nemoc těla i duše. *Zdraví*. [online] 1995, 43(6), 9, ISSN:ISSN: 0139-5629 Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc95006423>, staženo 24. 9. 2018.
- BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci, repetitorium pro praxi*. Praha: Maxdorf, 1. vydání, 2011, ISBN: 978-80-7345-221-6.
- BENÁKOVÁ, Nina, ETTLER, Karel, ŠTORK, Jiří, VAŠKŮ, Vladimír *Psoriáza nejen pro praxi*. Praha: Triton, 1. vydání, 2007, ISBN: 978-80-7254-966-5.
- BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolínium, 1997, ISBN: 80-7184-390-3.
- Breviř, Praha: Medical Tribune, 2009, ISBN: 978-80-87135-14-3.
- CIFERSKÁ, Hana, ŠTOLFA, Jiří. Secukinumab v terapii psoriatické artritidy. *Klinická farmakologie a farmacie*. [online] 2017: 31(1), 31-36, ISSN: 1212-7973 Dostupné z: https://www.klinickafarmakologie.cz/artkey/far-201701-0006_Secukinumab_v_terapii_psoriaticke_artritidy.php, staženo 5. 5. 2019.
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 3. vydání, 2016, ISBN: 978-80-247-5636-3.
- FINLAY, A.Y., KHAN, G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, [online] 2006, 19(3), 210-216 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8033378>, staženo 20. 11. 2018.
- FRANKL, Viktor Emanuel. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 1. vydání, 1995, ISBN: 978-80-7295-195-6.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 1. vydání, 2011, ISBN: 978-80-247-3625-9.
- HAKL, Marek a kol. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá Fronta, 2., doplněné vydání, 2011, ISBN: 978-80-204-2473-0.

HŮLKOVÁ, Michaela, HOSÁK, Ladislav, ETTLER, Karel, BUKAČ, Josef. Depresivita a úzkost u vybraných kožních onemocnění-vliv na kvalitu života a léčbu. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2008, 9(1), 35-37, ISSN: 1803-5272 Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200801-0010_Depresivita_a_uzkost_u_vybranych_koznich_onemocneni-vliv_na_kvalitu_zivota_a_lecbu.php, staženo 10. 4. 2019.

Chorobopis.

KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 2. díl Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 1. vydání, 2007, ISBN: 978-80-247-3600-6.

KLEMENTOVÁ, Renáta. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. [online] 2010, 20(7-8), 48-49. ISSN: 1210-0404 Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/jak-umime-pracovat-s-bolesti-v-21-stoleti-453238>, staženo 3. 3. 2019.

KRUEGER, G, KOO, J, LEBWOHL, M, MENTER, AKrueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. [online] 2001 Mar;137(3), 280-4 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11255325>, staženo 20. 11. 2018.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 1. vydání, 2002, ISBN: 80-247-0179-0.

MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK a kol. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta, 1. vydání. 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.

NAŇKA, Ondřej, ELIŠKOVÁ, Miloslava, *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2. vydání, 2009, ISBN: 978-80-7262-612-0.

NEČAS, Miroslav. Humira má stále co nabídnout. *Dermatologie pro praxi*. [online] 2019; 13(1), 34-44 Dostupné z: https://www.dermatologiepropraxi.cz/artkey/der-201901-0007_humira_ma_stale_co_nabidnout.php, staženo 20. 5. 2019.

NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika*. Praha: Grada, 1. Vydání, 2015, ISBN: 978-80-247-4402-5.

NOVOTNÝ, František. *Psoriáza. Aktuální pohledy*. Praha: Grada, 1. vydání, 2002, ISBN: 80-247-0313-0.

OLEJÁROVÁ, M., FIALOVÁ, J. *Psoriáza a psoriatická artritida: čtení o nemoci slavných spisovatelů, známých muzikantů i vaší*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient, 2012, ISBN 978-80-204-2804-2.

]PAGANO, John. *Léčba lupénky: přírodní alternativa*. Praha: Triton, 1. vydání, 2012, ISBN: 978-80-7387-556-5.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 1. vydání, 2005, ISBN: 978-80-247-1211-6.

PÉREZ, Marek. Vliv psoriázy na psychický stav pacienta. *Biologická léčba*. [online] 2010, 3(1), 17-21. ISSN: 1803-5701 Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=822537>, staženo 4. 4. 2019.

ROKYTA, Richard a kol. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 1. vydání 2009, ISBN 978-80-247-3012-7.

SCHÄFER, T., STAUDT, A., RING, J. German instrument for the assessment of quality of live in skin diseases (DIELH). Internal consistency, reliability, covnergent and diskriminant validity and responsiveness. *Der Hautarzt*, [online] 2001, 52(7), 624-628 Dostupné z: <https://europepmc.org/abstract/med/11475643>, staženo 25. 11. 2018.

SKLENÁŘ, Zbyněk, et al. *Magistraliter receptura v dermatologii*. Praha: Galén, 1. vydání, 2009, ISBN: 978-80-7262-588-8.

SLÍVA, Jiří, VOTAVA, Martin. *Farmakologie*. Praha: Triton, 1. vydání, 2010, ISBN: 978-80-7387-424-7.

ŠTOLFA, Jiří, ŠTORK, Jiří a kol. *Psoriatická artiritida a psoriáza*. Praha: Maxdorf, 1. vydání, 2007, ISBN: 978-80-7345-002-1.

ŠTORK, Jiří. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 1. vydání, 2008. ISBN: 978-80-7262-371-6.

VÁŠKŮ, Vladimír. *Psoriáza*. Praha: Maxdorf, 1. vydání, 2015, ISBN: 978-80-7345-430-2.

VIKTORINOVÁ, Marie. Přehled lokálních kortikosteroidů v dermatologii. Možnosti léčby kožních chorob kortikosteroidními externy. *Dermatologie pro praxi*. [online] 2010, 4(1), 25-32, ISSN: 1213-0494 Dostupné z: https://www.dermatologiepropraxi.cz/artkey/der-201001-0006_Prehled_lokalnich_kortikosteroidu_v_dermatologii_1_Moznosti_lecby_koznich_chorob_kortikosteroidni.php, staženo 4. 3. 2019.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 1. vydání, 2007, ISBN: 978-80-247-2068-5.

ZIGMOND, AS, SNAITH, RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67(6), 361-370, ISSN: 1600-0447 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>, staženo 26. 11. 2018

<http://vos.palestra.cz/skripta/anatomie/12a1.htm> (staženo 15. 10. 2018)

<http://www.dermakalk.cz/pasi/> (staženo 10. 5. 2019)

<http://www.dermakalk.cz/napsi/> (staženo 10. 5. 2019)

<http://www.dermakalk.cz/pssi/> (staženo 10. 5. 2019)

<http://www.dermakalk.cz/dlqi/> (staženo 9. 5. 2019)

<http://psychiart.cz/zungova-sebeuposuzovaci-stupnice-deprese.html> (staženo 9. 5. 2019)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AA: alergická anamnéza

AST: aspartátaminotransferáza

ALT: alaninaminotransferáza

ALP: alkalická fosfatáza

BMI: body mass index

CDLQI: Children's Dermatology Life Quality Index

CDSU: dexamethasoni acet., cignolini, ac. salicylici, ureae, pontini

Cl: chloridy

CRP: c-reaktivní protein

Crm: krém

ČDS: Česká dermatovenerologická společnost

ČR: Česká republika

DIELH: German Instrument for the Assessment of Quality of Live in Skin Diseases

DEX/AMB: dexamathasoni acet., ambidermani

DEX/CUT: dexamathasoni acet., cutilani

DEX/LEN: dexamathasoni acet., leniens

DF: dechová frekvence

DK: dolní končetiny

DLQI: Dermatologický index kvality života

DMARDs: chorobu modifikující léky

Ery: erytrocyty

FA: farmakologická anamnéza

Eo: eosynocyt

FT: fototerapie

GGT: gama-glutamyltransferáza

HAD: Hospital Anxiety Depression

HB: hemoglobin

HK: horní končetiny

HTC: hematokrit

IASP – Mezinárodní společnost pro studium bolesti

K: kalium
KO +diff: krevní obraz s diferenciálem
Leu: leukocyty
MCH: hmotnost hemoglobinu v erytrocytu
MCHC: koncentrace hemoglobinu v erytrocytu
MCV: střední objem erytrocytů
MPV: střední objem trombocytů
M+S: moč+ sediment
MTX: Methotrexát
Na: natrium
NO: nynější onemocnění
NRS: numerická škála bolesti
NSA: nesteroidní antirevmatika
NÚ: nežádoucí účinky
OA: osobní anamnéza
ORL: otorhinolaryngologie
P: tepová frekvence
PA: pracovní anamnéz
PCT: destičkový hematokrit
PDW: distribuční šíře trombocytů
PIX/CRUDA: čistý dehet
Pit: trombocyty
P.o.: per os
PPI: Present Pain Intensity
PsA: psoriatická artritida
RA: rodinná anamnéza
RDW: distribuční šíře erytrocytů
P-V-N-R: poledne-večer-noc-ráno
SA: sociální anamnéza
SAL/DEX/CUT: dexamethazoni acet., ac.salicylici, cutilani
s.c.: subkutánně
Sol.: solutio

Str. strana

Tbl: tableta

t.č.: toho času

TK: krevní tlak

TT: tělesná teplota

TTC: tetracyklin

Tzn: to znamená

VÚ: vedlejší účinky

Ung: mast

UV: ultrafialové záření

VAS: vizuální analogová škála bolesti

WHO: Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Souhlas s použitím zdravotnické dokumentace a fotografií VFN

Příloha č. 2: PASI skóre (<http://www.dermakalk.cz/pasi>, staženo 10. 5. 2019)

Příloha č. 3: NAPSI skóre (<http://www.dermakalk.cz/napsi/>, staženo 10. 5. 2019)

Příloha č. 4: PSSI skóre (<http://www.dermakalk.cz/pssi/>, staženo 10. 5. 2019)

Příloha č. 5: Dermatologický index pacientovy kvality života (DLQI)

(<http://www.dermakalk.cz/dlqi/>, staženo 9. 5. 2019)

Příloha č. 6: Zungova sebesuzovací stupnice deprese

(<http://psychiart.cz/zungova-sebeposuzovaci-stupnice-deprese.html>, staženo 9. 5. 2019)

Příloha č. 7: Farmakologie (brevír, příbalový leták léku, SLÍVA et al., 2010)

Příloha č. 8: Ošetřovatelská anamnéza 3. LF UK (Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK, staženo 2. 2. 2019)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Vedení nemocnice VFN
Náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání
Mgr. Dita Svobodová, Ph.D., MHA
U nemocnice 2
128 08 Praha 2

Věc: Žádost o použití zdravotnické dokumentace a fotografií VFN

Žádám o možnost použít zdravotnickou dokumentaci, ošetrovatelské diagnózy, plán péče a fotografie VFN Dermatovenerologické kliniky, pro sepsání mé bakalářské práce pro rok 2017/2018.

Název bakalářské práce v češtině:

Ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou psoriasis

Název bakalářské práce v angličtině:

Nursing care about patient with the dignosis of psoriasis

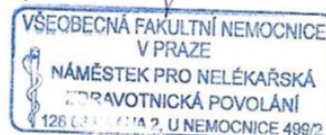
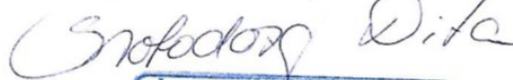
Lucie Bílková



V Milovicích 24.10.2017

DOPORUČUJI

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.



Příloha č. 2

Informace o PASI

PASI (Psoriasis Area and Severity Index) je index umožňující objektivně vyjádřit tíži psoriázy a rozsah postižení kůže.

Tíže psoriázy je hodnocena pomocí následujících tří charakteristik:

- erytém,
- indurace,
- deskvamace;

přičemž jejich podíl postižení dané oblasti těla je vyjádřený následující škálou od 0 do 4:

0 = žádné postižení
 1 = mírné
 2 = střední
 3 = výrazné
 4 = velmi výrazné

Rozsah postižení kůže je hodnocen v procentech dle následující škály:

0%
 < 10%
 10% < 30%
 30% < 50%
 50% < 70%
 70% < 90%
 90% < 100%





Přítomnost výše uvedených atributů (erytém, indurace, deskvamace a procentuální rozsah postižení kůže) se sleduje na čtyřech oblastech těla:

- hlava
- horní končetiny
- trup
- dolní končetiny

Nejvyšší bodové hodnocení PASI skóre je 72 a nejnižší 0.

Využití PASI:
 PASI je v řadě studií využíván jako měřítko účinnosti daného léku. Redukce postižení kůže o 75 procent je pak vyjadřována jako PASI 75 a ve výsledcích studií je uváděno, kolik procent respondentů dosáhlo během léčby takového zlepšení.

Zavřít

ROZSAH POSTIŽENÍ PSORIÁZOU	ERYTÉM	INDURACE	DESKVAMACE	FAKTOR	SKÓRE
Označte rozsah postižení dané oblasti těla dle uvedené škály (metoda dlaně).	Zvolte závažnost postižení jednotlivých charakteristik výsevu psoriázy pro danou oblast těla tak, aby zvolená škála co nejvíce odpovídala stavu pacienta.				
 Hlava 0 počet dlaní	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		0.1 0.0
 Horní končetiny 0 počet dlaní	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		0.2 0.0
 Trup 0 počet dlaní	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		0.3 0.0
 Dolní končetiny 0 počet dlaní	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		0.4 0.0
	Celkem PASI				0.0
DOKONČIT					

(<http://www.dermakalk.cz/pasi/>)

Příloha č. 3

Informace o NAPSI

NAPSI (Nail Psoriasis and Severity Index) je index umožňující objektivně vyjádřit stupeň závažnosti psoriázy nehtů.

Neht je pomyslnou horizontální a vertikální čarou rozdělený na čtyři kvadranty. U každého nehtu je posuzována psoriáza matrix (zárodečné části nehtu) a lůžka nehtu.

Psoriáza matrix je hodnocena podle přítomnosti *jakéhokoliv* z následujících projevů psoriázy nehtů v jednotlivých kvadrantech:

- dolíčkování
- leukonychie
- červené skvrny v lunule (nehtový měsíček)
- drobení

podíl postižení u daného nehtu je vyjádřený následující škálou od 0 do 4 přičemž:

- 0 = žádné postižení
- 1 = přítomno na 1/4 nehtu
- 2 = přítomno na 2/4 nehtu
- 3 = přítomno na 3/4 nehtu
- 4 = přítomno na 4/4 nehtu

Psoriáza lůžka je hodnocena podle přítomnosti *jakéhokoliv* z následujících projevů psoriázy nehtů v jednotlivých kvadrantech:

- onycholýze
- subunguální hyperkeratóza
- „olejové“ (žlutohnědé) skvrny
- třískové krvácení

podíl postižení u daného nehtu je vyjádřený následující škálou od 0 do 4 přičemž:

- 0 = žádné postižení
- 1 = přítomno na 1/4 nehtu
- 2 = přítomno na 2/4 nehtu
- 3 = přítomno na 3/4 nehtu
- 4 = přítomno na 4/4 nehtu

Pro každý neht se sečte skóre psoriázy matrix a lůžka; nejvyšší bodové hodnocení NAPSI pro jeden neht je 8, pro všechny nehty rukou a noh je to 160 (nejnižší skóre je 0).

Využití NAPSI:

Index NAPSI se nejčastěji využívá ve studiích jako měřítko účinnosti daného léku a představuje ekvivalent stupnici PASI používané pro kožní léze. Psoriáza nehtů nepostihuje nevyhnutelně všechny prsty na nohou a rukou. Někdy můžou být léze přítomné jen na jednom nehtu.

Zavřít

		Skóre pro psoriázu matrix					Skóre pro psoriázu lužka					Celkem
		<p>Zvolte závažnost postižení <u>jakýmkoliv</u> z následujících projevů psoriázy nehtů - drolíčkování, leukonychie, červené skvrny v lunule (nehtový měsíček), drobení - lak, aby zvolené škála co nejvíce odpovídala stavu pacienta.</p>										
LEVÁ RUKA 	Palec	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Ukazovák	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prostředník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prsteník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Malík	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
LEVÁ NOHA 	Palec	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Ukazovák	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prostředník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prsteník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Malík	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
		<u>Hodnoticí škála</u>					<u>Hodnoticí škála</u>					
PRAVÁ RUKA 	Palec	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Ukazovák	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prostředník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prsteník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Malík	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
PRAVÁ NOHA 	Palec	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Ukazovák	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prostředník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Prsteník	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
	Malík	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="text"/>
		<u>Hodnoticí škála</u>					<u>Hodnoticí škála</u>					
NAPSI celkem <input type="text"/>												
DOKONČIT												

(<http://www.dermakalk.cz/napsi/>)

Příloha č. 4

Informace o PSSI

PSSI (Psoriasis Scalp Severity Index) je index umožňující objektivně vyjádřit tíži psoriázy a rozsah postižení kůže.

Tíže psoriázy kůže je hodnocena pomocí následujících tří charakteristik:

- erytém,
- indurace,
- deskvamace;

příčemž jejich podíl postižení kůže je vyjádřený následující škálou od 0 do 4:

- 0 = Žádné postižení
- 1 = mírné
- 2 = střední
- 3 = výrazné
- 4 = velmi výrazné

Rozsah postižení kůže je hodnocen v procentech dle následující škály:

- 0%
- < 10%
- 10% < 29%
- 30% < 49%
- 50% < 69%
- 70% < 89%
- 90% < 100%

Nejvyšší bodové hodnocení PSSI skóre je 72 a nejnižší 0.

Zařít

ROZSAH POSTIŽENÍ KŮSTICE

Označte rozsah postižení kůže dle uvedené procentuální škály.

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 0% | <input type="radio"/> < 10% |
| <input type="radio"/> 10% < 29% | <input type="radio"/> 30% < 49% |
| <input type="radio"/> 50% < 69% | <input type="radio"/> 70% < 89% |
| <input type="radio"/> 90% < 100% | |

ERYTÉM

INDURACE

DESKVAMACE

Zvolte závažnost postižení jednotlivých charakteristik výsevu psoriázy pro kůstiči tak, aby zvolená škála co nejvíce odpovídala stavu pacienta.

- | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input checked="" type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 |
| <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| <input type="radio"/> 4 | | <input type="radio"/> 4 | | <input type="radio"/> 4 | |

Hodnotící škála

Celkem PSSI

DOKONČIT

(<http://www.dermakalk.cz/pssi/>)

Příloha č. 5

Číslo pacienta:

Datum měření:

DERMATOLOGICKÝ INDEX PACIENTOVI KVALITY ŽIVOTA (DLQI)

Cílem tohoto dotazníku je zhodnotit, do jaké míry Vaše kožní choroba ovlivnila Váš život v posledním týdnu. Prosím, zaškrtněte jeden čtvereček u každé otázky.

		Skóre		
1.	Do jaké míry Vás během minulého týdne kůže svrběla, bolela, páčila nebo vám způsobovala nepříjemné pocity?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
2.	Do jaké míry jste se během minulého týdne cítili kvůli své pokožce trapně nebo v rozpacích?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
3.	Do jaké míry Vám překážela Vaše pokožka během minulého týdne v nakupování anebo v péči o domácnost či záhradu?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
4.	Do jaké míry ovlivňovala během minulého týdne vaše pokožka to, jaké oblečení jste si oblékali?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
5.	Do jaké míry měla během minulého týdne Vaše pokožka vliv na společenské nebo rekreační aktivity?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
6.	Do jaké míry Vám během minulého týdne Vaše pokožka způsobovala problémy se sportováním?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0

7.	Zabránila Vám v minulém týdnu Vaše pokožka v práci nebo studiu ?	Ano	<input type="checkbox"/> 3	Irelevantní <input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>	
	Pokud jste odpověděli "Ne", jak moc Vám Vaše pokožka během minulého týdne způsobovala problémy v práci nebo při studiu?	Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
8.	Do jaké míry byla během minulého týdne Vaše pokožka příčinou problémů s partnerem(-kou) nebo blízkými přáteli či příbuznými ?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
9.	Do jaké míry Vám během minulého týdne Vaše pokožka způsobovala problémy v sexuálním životě ?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0
10.	Do jaké míry Vám během minulého týdne způsobovala léčba Vaší pokožky problémy, například kvůli tomu, že jste měli v domácnosti nepořádek nebo Vám to zabíralo čas?	Velmi Dost Trochu Vůbec	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Irelevantní <input type="checkbox"/> 0

Celkové skóre DLQI:

(<http://www.dermakalk.cz/dlqi/>)

Příloha č. 6

Zungova sebesuzovací stupnice deprese

Instrukce pro vyplnění:

1. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu.
2. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil(a) v průběhu posledního týdne včetně dneška.
3. Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl(a).
4. Po vyplnění celého dotazníku klikněte na tlačítko "Zobrazit výsledek".

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek.	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný(á), skleslý(á) a zkroušený(á).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ráno se cítím nejlépe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. V noci mám potíže se spaním.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jím stejné množství jídla jako dříve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mám potíže se zácpou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Unavím se a l bez příčiny.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Snadno zvádnu totéž co dřív.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Jsem plný(á) naděje do budoucna.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Snadno se rozhoduji.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný(á).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Žiji plným životem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych umřel(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Těší mne stejné věci co dříve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zobrazit výsledek

(<http://psychiart.cz/zungova-sebeuposuzovaci-stupnice-deprese.html>)

Příloha č. 7

Farmakologie

Acidum folicum

Indikační skupina: vitamíny skupiny B (kyselina listová), antianemikum

Indikace: k prevenci a léčbě nedostatku kyseliny listové

Dávkování: pátek 1-0-0-0 (24 hod. po MTX)

Cezera 5mg

Indikační skupina: levocetirizin

Indikace: léčba příznaků onemocnění (kopřivka, alergická rýma)

Dávkování: 1-0-0-0

Dithiaden 2mg

Indikační skupina: antihistaminikum

Indikace: při alergii, přecitlivosti

Dávkování: 1 tbl při svědění, max. 3 tbl denně, max 8 8 hod.

Humira 80mg s.c. (od 3.7.2018)

Indikační skupina: imunosupresivum

Indikace: k léčbě psoriatické artritidy

Dávkování: za týden 10.7.2018 Humira 40mg s.c., a dále Humira 40mg s.c. á 2 týdny

Ibumax 400mg

Indikační skupina: antiflogistika, analgetika, antipyretika

Indikace: při bolesti

Dávkování: 1-1-1-1

Methotrexat 2,5mg (celkem 15mg týdně)

Indikační skupina: cytostatika

Indikace: k léčbě psoriázy

Dávkování: středa 2-0-2-0, čtvrtek 2-0-0-0 (R-P-V-N)

Paralen 500mg

Indikační skupina: analgetikum

Indikace: při bolestech

Dávkování: 1-1x denně 1 tbl

Sanval 10mg

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: při nespavosti

Dávkování: 1 tbl na noc při nespavosti

CDSU

Složení: dexamethazoni cignolini, ac. salicylici, ureae, pontini

Indikační skupina: dehty

Dávkování: 2x denně na trup a končetiny (9-11 hod., 15-17 hod)

DEX AMBIDERMAN 1%

Složení: 0,01 % dexamethazoni ambidermani

Indikační skupina: lokální kortikoidy

Dávkování: 2x denně na nos, ložiska ve vousech (9-11 hod., 15-17 hod.)

DEX CUT

Složení: dexamethazoni cutilani

Indikační skupina: lokální kortikoidy

Dávkování: 1x denně na trup a končetiny (19-21 hod.)

DIPROSONE ung.

Složení: betamethazoni dipropionas

Indikační skupina: lokální kortikoidy

Dávkování: 2x denně na okolí nehtů HK+DK (9-11 hod., 15-17 hod.)

CIGNOLIN 0,1%

Složení: cignolini, vaselini flavi

Indikační skupina: cignolin

Dávkování: 1x denně na nehty DK (9-11 hod.)

SAL DEX CUT

Složení: dexamethazoni, ac.salicylini, cutilani

Indikační skupina: lokální kortikoidy

Dávkování: 1x denně na plošky a zavázat (9-11 hod.)

SALICYLOVÝ OLEJ 2%

Složení: ac.salicylini, ol.ricini, ol.helianthi

Indikační skupina: salicylový olej

Dávkování: 1x denně do kštice

SALICYLOVÁ VAZELINA 5% a 10%

Složení: acidi salicylini unguentum 5%

Indikační skupina. salicylová vazelína

Dávkování: 1x denně na hyperkeratózy plosek a zavázat (9-11 hod)

SPIRITUS SAPONIS KALINI (šampon)

Složení: aqua purificata, ethanolum, kali hydroxidum, levandulae etheroleum, lini oleum

Dávkování: ob den, naředit

Indikace: psoriáza

VLASOVÝ CIGNOLIN

Složení: cignolini, ac.salicylini, ung.lenientis

Indikační skupina: cignolin

Dávkování: 1x denně do kštice (9-11 hod.)

(breviř, příbalový leták léku, SLÍVA et al., 2010)

Příloha č. 8

Ošetrovatelská anamnéza

(Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení: DERMATOVENEROLOGICKÁ KLINIKA

Datum a čas odběru anamnézy: 10.7.2018, 10⁰⁰h.

Jméno (iniciály): J.S. Pohlaví: MUŽ Věk: 27 let

Datum přijetí: 4.7.2018

Stav: SVOBODNÝ

Povolání: MANAŽER OBCHODU

Rodina informována o hospitalizaci: ano ne

Diagnóza při přijetí (základní): PSORIASIS VULGARIS L40.0

Chronická onemocnění: PSORIATICKÁ ARTRITIDA

Infekční onemocnění: NE ANO

Režimová opatření:

Léčba:

Operační výkon: Pooperační den:

Farmakoterapie: METHOTREXAT 2,5mg (CELKEM 15mg TÝDNĚ)

2-0-2-0 VS STŘEDU 2-0-0-0 VS ČTVRTEK

ACIDUM FOLICUM (24 hod po MTX) 1-0-0-0 V PÁTEK

CERERA 5mg 1-0-0-0

DITHIADEN 2mg TŘI OBTÍŽÍCH (MAX 3x3, MAX 8 hod)

IBUPROFEN 400mg 1-1-0-1

SANVAL 10mg 0-0-1-0 NA NOC PŘI NESPAVOSTI

Jiné léčebné metody: HUMIRA 40mg sc

Má nemocný informace o nemoci: ano ne částečně

Alergie: ano ne jaké:

Fyziologické funkce: P: 92' TK: 130/85 D: 13' SpO2: 97% TT: 36,4°C

1) Vědomí

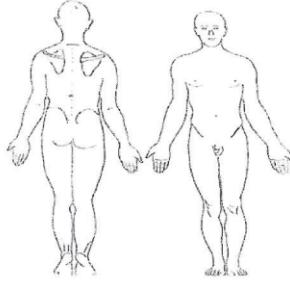
stav vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC: 15 bodů

Orientovaný Dezorientovaný

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK ©

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace : KLOUBY



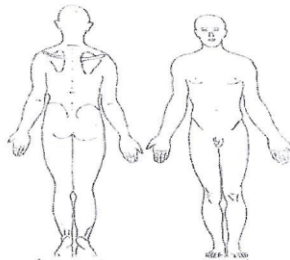
Intenzita : /-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/-----/
0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10

3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: 32 bodů
lokalizace : CELE TĚLO
VĚ. DUANI HK+
PROSEK DE



Hodnocení rány: ZARUDNUTÍ KŮŽE CELEHO TĚLA
Ošetření rány:

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba).....PACIENT JE O SVĚ NEMOCI
INFORMOVANÝ

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 2.3 (RACIONALNÍ) Nutriční skóre: 0 bodů

Hmotnost: 87 kg Výška: 188 cm BMI: 24,62 (NORMÁLNÍ VÁHA)

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa Parenterální výživa.....

Denní množství tekutin: 2 litry / 24 hod. Druh tekutin: ČAJ, VODA, MAGNEZIE

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik:

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 10.7.2018

Způsob vyprazdňování: podložní mísa/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení:

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: VOLNÝ, POZNÝ POHYB NIMO ODDĚLENÍ

Barthel test: 100 bodů - NEZÁVISLÝ

Riziko pádu: ANO skóre:

NE

Pohyblivost: chodící samostatně

chodící s pomocí

ležící pohyblivý

ležící nepohyblivý

pomůcky

jaké :

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 8 hod : hodina usnutí : 23:00 hod

poruchy spánku : ano ne jaké : ČASTÉ PROBOUZENÍ

hypnotika : ano ne SANVAL 10mg

návyky související se spánkem : TICHO

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem: ano ne jaké :

potíže se sluchem: ano ne jaké :

porucha řeči: ano ne jaká :

kompensační pomůcky: ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav: klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne

Úroveň komunikace a spolupráce: dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : RODINA

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:

Stav :

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č.: od kdy:

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr: ano ne

Jiné invazivní vstupy:

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napítí	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

100 b.

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý
45-60 bodů: závislost středního stupně
65-95 bodů: lehce závislý
100 bodů: nezávislý

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Nen 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

32 bodů

Zdroj: Staňková, M.: České ošetrovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

0 bodů

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu	
Anamnéza:	
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/> věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém	1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, laxativa)	1 bod
Vyšetření	
<input checked="" type="checkbox"/> Soběstačnost	
- úplná	0b
- částečná	2b
- nesoběstačnost	3b
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce	
- spolupracující	0b
- částečně	1b
- nespoupracující	2b
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO 3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO 1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO 1 bod
Celkem:	
0-4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

1 bod

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	15 bodů

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

PACIENT JE ORIENTOVANÝ, SOBEŠTACNÍ, LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
BYLO PONECHÁNO DEŽE ZNĚN. FOTOTERAPII UVĚ 311 nm
INADALE TOLERUJE ŠVĚDĚNÍ KŮŽE JE DENŠÍ - ANTIHISTAMIN-
NIKA p.o. PODÁVANA POUZE NA VYZÁDÁNÍ. BOLESTI PŘETŘ-
VAVAJÍ - ANALGETIKA P.o. PODÁVANA PRAVIDELNĚ.
DIETA č. 3 VÝKOVUJE. PITNÝ RÉŽIM DODRŽUJE.
STOLICE I NOC BEZ KOMPLIKACÍ.
PACIENT JE BEZ RIZIKA PADU, BEZ NUTRIČNÍHO RIZIKA,
BEZ RIZIKA VÍNIKU DEKUBITU

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©