

# Ošetrovateľská starostlivosť o terminálneho pacienta s bulóznym ochorením (Nursing Care of a Terminal Patient with Bullous Disease)

Kalabová, Z.

Dermatovenerologická klinika, Univerzitná nemocnica Martin

## Súhrn

Pri takom ťažkom ochorení ako sú bulózne dermatózy, je ťažké vyrovnávať sa s ochorením a navyš aj s faktom, že geriatrický pacient je v štádiu umierania. Za manažment starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu s bulóznym ochorením zodpovedá predovšetkým sestra. Táto starostlivosť predpokladá zabezpečenie primeranej kvality posledného úseku života a dôstojného umierania v chorobe.

**Kľúčové slová:** bulózne dermatózy, terminálny pacient, individuálna ošetrovateľská starostlivosť o umierajúceho pacienta

## Abstract

In severe conditions such as bullous dermatoses it is difficult to cope with the disease, and, in addition, also with the fact that the geriatric patient is in the process of dying. The management of patient care in the terminal stage of bullous disease is primarily in the responsibility of the nurse. This care is supposed to ensure an adequate quality of life in its last section and dignified dying in disease.

**Key words:** bullous dermatoses, the patient in the terminal stage, individual nursing care of the dying patient

Bulózne dermatózy sú pľuzgiernaté ochorenia neznámej etiológie. Pre odlišný patomechanizmus sa tieto ochorenia klasifikujú do piatich skupín:

1. skupina pemfigus,
2. skupina pemfigoides,
3. skupina dermatitis herpetiformis,
4. skupina bulózných dermatóz v detskom veku,
5. skupina hereditárnych bulózných dermatóz.

Ochorenia sa od seba líšia klinickým obrazom, histopatologicky, imunohistochemicky a prognózou [1].

Poznáme rôzne formy pemfigu, ale najčastejší s ktorým sa stretávame na našej klinike, je pemfigus vulgaris. Postihuje prevažne dospelých ľudí medzi 30. a 60. rokom života.

V súčasnej dobe sa častejšie stretávame s výskytom bulózných ochorení, ktoré patria k najzávažnejším dermatózam. Pred érou kortikosteroidov takmer vždy tieto ochorenia končili letálne. Mortalita bez liečby sa uvádza 90%-ná, ale aj pri liečbe kortikosteroidmi 30 – 40%-ná, hlavne v dôsledku nežiaducich účinkov a potreby vysokých dávok liekov u ťažkých a rezistentných foriem ochorenia [2].

Prejavy pemfigu vulgaris postihujú kožu a sliznice celého tela, vrátane genitálií. Prejavuje sa vznikom intraepidermálnych vezikúl až búl, podmienených akantolýzou. Okolie vezikúl nebýva zapálené. Obsah vezikúl sa postupne mení, vezikuly praskajú, čím vznikajú erózie a krusty. Prejavy nesvrbia, ale pália a sú veľmi bolestivé. Erózie majú sladkastý fetor. Prejavy sa hoja veľmi pomaly a aj napriek veľkým plochám sa hoja bez jaziev.

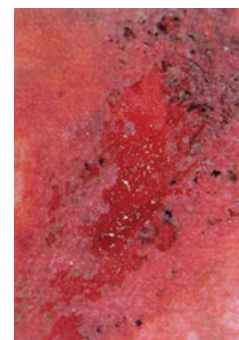
Ochorenie sprevádzajú rôzne komplikácie – sekundárna infekcia, sepsa, podvýživa, dehydratácia a v prípade, že by sa komplikácie nezvládli, ochorenie bohužiaľ aj v súčasnej dobe občas končí smrťou.

Pri ošetrovateľskej starostlivosti o terminálneho pacienta je dôležitý individuálny prístup. Je potrebné zamerať sa na pacientove potreby a požiadavky.

Vznikom bulózneho ochorenia sa pacientovi zrazu mení kvalita života, dochádza k úplnej závislosti od pomoci iných ľudí a zdravotnícky personál mnohokrát supluje pacientovi rodinu, duchovnú podporu a v konečnom dôsledku sa snaží aspoň čiastočne prinavrátiť schopnosť seba opatery.

Komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov s týmto ochorením vykonávajú spravidla sestry. Každý pacient v terminálnom štádiu nevyhnutne vyžaduje aj individuálny psychologický prístup. Je nutné, aby personál ovládal zásady verbálnej aj neverbálnej komunikácie a všetky nadobudnuté vedomosti využíval pri starostlivosti o terminálneho pacienta, ktorý je na sklonku svojho života veľmi vnímavý hlavne na neverbálne prejavy personálu. Komunikácia je veľmi náročná. Ide v nej prevažne o počúvanie než o rozhovor [4]. Vzájomný kontakt pacienta s ošetrovateľským personálom má skôr veľký vplyv na úspešný priebeh terapeutického procesu.

Ošetrovateľské intervencie sestry začínajú edukáciou pacienta aj jeho rodiny, a poradenstvom, ktoré sa zameriava



hlavne na prípravu dvojfázového kúpeľa pacienta a neskôr na samotné ošetrovanie kožných lézií.

Súbežne s rannou toaletou prebieha príprava sterilného lôžka pre pacienta. Po toailete pacienta osušime len jemným prikladáním sterilného bavlneného uteráka. Po ošetrovaní ho oblečieme do sterilného bavlneného oblečenia.

Ošetrovateľská starostlivosť je vedená prísne sterilne. Lokálne aplikované lieky na kožu majú lokálny a systémový účinok. Účinok lokálnych liečiv je analgetický, hydratačný, epitelizačný, granulačný, antibakteriálny, antiinflamačný. Za správnu aplikáciu liečiv u pacientov v terminálnom štádiu je zodpovedná sestra.

Dôležitým krokom, na ktorý sa často pri ranej toailete zabúda, je starostlivosť o dutinu ústnu. Sliznice dutiny ústnej, nosa, laryngu sú postihnuté tvorbou drobných, rýchlo praskajúcich pľuzgierikov, s výraznou bolesťou. Zmeny vyúsťujú k následným komplikáciám podľa druhu postihnutej sliznice.



Pacientom v terminálnom štádiu, pokiaľ to ešte nálež na sliznici úst dovoľuje, odporúčame na čistenie chrupu len mäkké zubné kefky. V pokročilom štádiu a v čase, keď je sliznica veľmi poškodená, využívame len vatové štetôčky obalené do sterilnej gázy. Zubnú pastu nahrádzame sódou bikarbónou.

Dôležitá je starostlivosť o sliznice aj po konzumácii stravy, takže robíme výplachy dutiny ústnej šalviovým čajom alebo roztokom z Florsalminu. Sliznice potierame štetôčkami roztokom z Borax glycerinu. Ak je pacient schopný prijímať stravu per os, pred jedlom používame prípravky na tlmenie bolesti, ktorými potierame sliznicu.

Dôležitá je aj ošetrovateľská starostlivosť o ostatné sliznice. Nezabúdame na fakt, že aj minimálne trenie plôch kože o seba spôsobuje tvorbu nových pľuzgierov a pacienta výrazne iritujú. Snažíme sa používať gázové záložky a sekundárne krytie prichytávať pomocou prubanu, aby neboli miesta sekundárneho krytia stiahnuté.



Bulózne ochorenie je zdĺhavé a v jeho priebehu sa striedajú obdobia relapsu s obdobím remisie. U pacientov v terminálnom štádiu sa zaoberáme prevenciou dekubitov. Vždy máme na pamäti, že i ten najmenší tlak alebo trenie

spôsobuje pacientovi tvorbu nových pľuzgierov a erózií. Za pomoci rehabilitačných pracovníkov robíme podporné opatrenia na zabránenie vzniku tromboembolických ochorení, prevencie sekundárnej infekcie a snažíme sa pacienta mobilizovať na posteli.

Ak je terminálny pacient schopný prijímať stravu per os, zabezpečujeme vyváženú stravu s dostatočným obsahom vlákniny. Ako doplnok diéty sa pacientom ponúka sipping Nutridrink. Podľa potreby a po dohovore sa rozhodneme pre vhodnú diétu – tekutú, kašovitú, čím zabránime podráždeniu a bolesti sliznice v dutine ústnej.

V prípade, že pacient už nie je schopný prijímať stravu per os, zabezpečuje sa perenterálna výživa vo forme výživových vakov. Nezabúdame na dostatočnú hydratáciu pacienta. V žiadnom prípade neponúkame pacientovi piť agresívne ovocné šťavy, volíme čaje, neperlivé minerálne vody, šťavy z cvikly, mrkvy a pod. Ak to stav pacienta vyžaduje, volíme hydratáciu aj formou infúzy prípravkov.

Personál pracuje v sterilnom oblečení a riadi sa bariérovou ošetrovateľskou starostlivosťou. Dôležitá je aj izolácia pacienta, čím sa snažíme zabrániť vzniku sekundárnej infekcie a šíreniu nozokomiálnej nákazy.

Kvalita života pacientov je výrazne ovplyvňovaná hlavne v akútnom štádiu ochorenia, čo súvisí s deficitom opatery pacienta. Závisí od zdravotného personálu, ako sa zhostí svojej úlohy a pomôže pacientovi pri liečbe tak závažného ochorenia. V prípade terminálneho pacienta je potrebné urobiť všetko pre to, aby jeho ťažkosti boli ošetrovateľskými postupmi zmiernené natoľko, aby mu uľahčili „prechod na druhú stranu“.

Bulózne ochorenia sú aj v súčasnosti jedným z vážnych zdravotno-sociálnych problémov. Kladú značné nároky na pacienta, jeho psychiku a psychiku pacientových príbuzných a v neposlednom rade aj na psychiku ošetrovateľského tímu, ktorý poskytuje pacientovi dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a je s pacientom v tom najťažšom období, v období zomierania.

Na „odchod“ pacienta, s ktorým ste aj ako človek, nielen ošetrojúci personál, sa nedá zvyknúť. Vždy to zanechá na srdci stopu, ktorá sa nedá vymazať. Aj napriek tomu je potrebné umierajúcemu človeku byť nablízku v posledných chvíľach a vytvoriť pre neho adekvátnu psychickú atmosféru [3].

## Literatúra

1. Braun-Falco, O., Plewig, G., Wolff, H.H.: 2001. Dermatológia a venerológia. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001; s. 1475. ISBN 80-8063-080-1.
2. Jánoška, A. et al.: 1994. Plazmaferéza a zlato v liečbe ťažkého prípadu pemphigus vulgaris. In Česko-slovenská dermatologie. 1994, roč. 69, č. 2, s. 91 – 92.
3. Křivohlavý, J.: 2002. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0, s. 162 – 169.
4. Németh, F. et al.: 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009; s. 156. ISBN 978-80-8063-314-1.