

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Magisterský intenzivní péče (MIP)

ID studijního oboru. 5345TO24

Bc. Eva Pavelková

Poruchy příjmu potravy z pohledu intenzivní péče

Nutrition disorders in the intensiv care unit

MAGISTERSKÁ PRÁCE

Mgr. Iveta Lišková

Praha 24. 8. 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze dne 24. 8. 2009

.....

Eva Pavelková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Ivetě Liškové a konzultantce Mgr. Lence Hejzlarové za jejich odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a podkladů, tolik nezbytných pro dokončení této práce.

Poděkování patří také pacientům a zdravotnickému personálu Fakultní Thomayerovy nemocnice.

Touto cestou bych také ráda poděkovala své rodině a přátelům za podporu a pomoc při studiu.

V Praze dne 24. 8. 2009

.....

Eva Pavelková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM:

Eva, Pavelková. Poruchy příjmu potravy z pohledu intenzivní péče [*Nutrition disorders in the intensiv care unit*]. Praha, 2009. 80 stran, 7 příloh, 4 tabulky. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Iveta Lišková. Konzultant: Mgr. Lenka Hejzlarová.

ABSTRAKT:

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku poruch příjmu potravy z pohledu intenzivní péče. V teoretické části jsou uvedeny obecné informace o poruchách příjmu potravy. V praktické části je zpracována ošetrovatelská kazuistika pacientky s mentální anorexií a za pomoci kvalitativního výzkumu byly zmapovány ukazatele související s hospitalizací pacientek s poruchami příjmu potravy na odděleních intenzivních oborů.

KLÍČOVÁ SLOVA:

poruchy příjmu potravy

mentální anorexie

mentální bulimie

IDENTIFIKATION RECORD:

EVA, Pavelková. *Nutrition disorders in the intensiv care unit*. Praha, 2009. 80 pp., 7 supplements, 4 tables. Master thesis. Charles University, 1st Faculty of Medicine. Supervisor: Mgr. Iveta Lišková. Consultant: Mgr. Lenka Hejzlarová.

ABSTRACT:

The graduation theses is oriented on the problems of nutrition disorders in the intensiv care unit. In the theoretical part are contained a basic informations about nutrition disorders. In the practical part is covered the nursing case report of the patient suffering from anorexia nervosa and with the help qualitative research were charted indices to related hospitalization the patients with nutrition disorders in the unit intensive specializations.

KEY WORDS:

nutrition disorders

anorexia nervosa

mental bulimy

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Lišková

Oponent: As. MUDr. František Novák

Obhajoba diplomové práce:

Hodnocení:

OBSAH

Úvod	10
1. Teoretická část	11
1.1 Vymezení pojmu poruchy příjmu potravy	11
1.2 Historie poruch příjmu potravy	12
1.3 Charakteristika a definování poruch příjmu potravy	15
1.4 Etiologie onemocnění poruch příjmu potravy	20
1.5 Průběh onemocnění	23
1.6 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy	25
1.7 Diagnostika poruch příjmu potravy	27
1.8 Diferenciální diagnostika	29
1.9 Léčba poruch příjmu potravy	30
1.10 Ošetrovatelská péče v intenzivních oborech	35
1.11 Prognóza poruch příjmu potravy	37
2. Ošetrovatelská část	38
2.1 Kazuistika pacientky s mentální anorexií	38
3. Empirická část	60
3.1 Cíl práce	60
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	60
3.3 Vlastní šetření a použité metody	60
3.4 Analýza dat	60
3.5 Kazuistiky	61
Diskuse	74

Závěr	76
Seznam použitých zkratek	77
Literatura a použité prameny	78
Přílohy	

ÚVOD

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma Poruchy příjmu potravy z pohledu intenzivní péče, jelikož s těmito onemocněními nemá jak veřejnost laická, tak i odborná mnoho zkušeností. V souvislosti s intenzivní péčí se jedná o sporadicky se vyskytující onemocnění, přičemž incidence těchto poruch není nezanedbatelná a následky mohou být fatální. Proto si myslím, že je důležité poukázat na tuto problematiku.

V teoretické části práce se věnuji základním informacím o poruchách příjmu potravy, jejich historii, charakteristice, etiologii, klinickému obrazu, možnými komplikacemi, diagnostice a léčbě.

Praktickou část jsem rozdělila na část ošetrovatelskou a empirickou. Ošetrovatelskou částí je podrobná kazuistika pacientky s poruchou příjmu potravy, kterou chci demonstrovat variabilitu ošetrovatelských problémů a náročnost péče. V empirické části čerpám informace z dalších kazuistik. Zamýšlím se především nad rizikovými faktory vzniku nemoci, důvody hospitalizace, způsoby a úspěšností léčby.

1. ČÁST TEORETICKÁ

1. 1 Vymezení pojmu poruchy příjmu potravy

Neumřít hlady bylo pravděpodobně první starostí člověka. Jednou ze základních biologických potřeb člověka je nasycení. Obživný pud přirozeně určuje i uspokojení dalších potřeb, od reprodukčního instinktu až po seberealizaci. Jídlo je nenahraditelným zdrojem základních živin a jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie nebo některých živin může být příčinou závažných poruch a naopak změny v chuti k jídlu, příjmu potravy a tělesné hmotnosti mohou signalizovat rozvoj somatické a psychické poruchy, od banální únavy a nachlazení až po závažná onemocnění. V průběhu života získává jídlo různý psychologický a sociální význam. Stává se odměnou, únikem před samotou, programem nebo i způsobem komunikace. Stanovit prioritu možných vlivů a zřetelnou hranici mezi normou a patologickým stavem může být v tomto složitém biopsychosociálním kontextu obtížné.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojmem poruch příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii. Přestože správný překlad termínu „eating disorders“ jsou poruchy jídla, u nás je zdomácnělý a používá se termín „poruchy příjmu potravy“. Mimo dva nejznámější syndromy existuje i velká skupina pacientů, kteří plně nespĺňují kritéria těchto syndromů a pro jejich onemocnění se používá přívlastek atypická nebo nespecifická porucha příjmu potravy. Do této rozmanité skupiny zařazujeme např. nadměrné přejídání a zvracení sdružené s psychickými poruchami. Veškeré poruchy příjmu potravy se podle diagnostických kritérií řadí do skupiny onemocnění označovaných F5^{1,2,3}.

¹ KRCH, F. D., a kol. *Poruchy příjmu potravy*. str. 15.

² HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str. 188.

³ JACOBI, C., PAUL, T., THIEL, A.: *Poruchy příjmu potravy (Pokroky v psychoterapii)*. str. 1-11.

1. 2 Historie poruch příjmu potravy

Mentální anorexie a dějiny odmítání potravy

S odmítáním jídla se lidé setkávají již od pradávna. Z počátku se domnívali, že proces hubnutí je následkem somatických poruch, ale postupem času začali uvažovat o možnosti psychické poruchy.

Extrémní dodržování půstu bylo původně součástí trestajících nebo asketických praktik mnohých věřících. Odmítání jídla byla schopnost přisuzovaná lidem s nadpřirozenými vlastnostmi nebo se uvažovalo o posedlosti d'áblem. V období pozdního středověku mnohé, hluboko věřící ženy, dodržovaly přehnaný půst. Tvrdily, že je při životě bez jídla nebo s jen velmi omezeným příjmem potravy udržuje boží pomoc. Zlom nastal na počátku novověku, kdy římskokatolická církev omezila množství svatých, kteří se postili. V této době se objevují „záračné panny“. Jednalo se o postící se adolescentní děvčata, která se již neodvolávala na boží inspiraci. I přesto se jim dostávalo celonárodní pozornosti, protože tvrdila, že přijímají jen minimum potravy nebo že nejedí vůbec. Od lékařů se očekávalo, že rozhodnou, zda se jedná o podvod či zázrak. Část lékařů zastávala názor, že jde o boží zázrak a druhá skupina zase, že organismus dokáže být živý z tzv. výživných částic obsažených ve vzduchu. Postupem času byly tyto metafyzické představy nahrazovány teoriemi více pozemského rázu. V průběhu 19. století začala většina lékařů pokládat dlouhodobé odmítání jídla za zjevnou známku choroby nebo jednoduše za nemožné. Také veřejnost začala záračné postící se panny vidět spíše jako hysterické osoby snažící se upoutat pozornost a zároveň známé svými sklony k podvádění. Tento názor přetrvával zpočátku i v době, kdy již byla popsána a známa klinická diagnóza mentální anorexie⁴.

Vývoj termínu mentální anorexie

Odkazy na termín anorexie je možné najít už ve starověkých pramenech. Poprvé se o odmítání potravy jako o asithii zmiňuje Hippokrates. Pojem anorexie a příznaky této nemoci poprvé popsal Galén ve 2. století. Termín anorexie používal v užším slova smyslu jako absenci chuti k jídlu nebo odpor k jídlu. Tento stav byl připisován především špatným tělesným tekutinám. Toto chápání anorexie se až do počátku moderní doby příliš nezměnilo. Přestože nebyly opomíjeny emocionální faktory, soustřeďovaly se veškeré práce především na somatické příčiny, zejména na poruchy funkce žaludku. Žaludek byl také označován

⁴ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 27-31.

za původce všeho zla u anorexie v lékařských lexikonech známých nozologů 18. století. Na počátku 19. století byla anorexie stále ještě pokládána spíše za symptom některých žaludečních potíží než za vyhraněnou klinickou diagnózu^{5, 6, 7}.

Poprvé definoval mentální anorexii roku 1689 britský lékař a portrétista Richard Morton ve svém díle „Phthisiologia“, kde tuto nemoc popisuje jako nervové opotřebení, což je devastace a skomírání způsobené fyzickými příčinami, ale i emocionálním rozrušením. Ve svém díle popisuje dívku, která měla problémy s jídlem, trpěla vyhublostí, amenoreou, hypotermií a opakovanými záchvaty mdloby. Jeho práce byla široce známa a Morton se proslavil jako první portrétista anorexie nervosy, ale na dlouhou dobu nenašel ve své práci pokračovatele⁸.

V roce 1859 popisuje W. S. Chipley tzv. sitiománii – chorobné nechutenství. Kromě této poměrně známé formy odmítání potravy u duševně nemocných zaznamenal i jiný typ odmítání jídla u vyhublých dospívajících dívek pocházejících z vyšších kruhů společnosti, které se snažily tímto druhem chování upoutat na sebe pozornost. O rok později se objevil článek francouzského lékaře L.-V. Marcého o zvláštní formě hypochondrického deliria, kde přesvědčivě popisuje první případy mentální anorexie. Roku 1840 rozlišuje fyziolog Fleury Imbert ve svém pojednání o ženských chorobách anorexii na gastrickou a nervovou. Ale teprve až britský lékař sir W. W. Gull a francouzský klinický lékař E.-Ch. Laségue roku 1873 publikují článek o „anorexia nervosa/hystérique“. Podle obou lékařů se jednalo o psychogenní chorobu, vyskytující se převážně u dívek a mladých žen. Charakteristické znaky, které popsali Gull a Laségue, platí i dnes: velký váhový úbytek, amenorea, zácpa, neklid a absence jakýchkoliv známek organické patologie. Poté roku 1883 G. deL. Tourette rozlišuje primární a sekundární – psychogenní anorexii. Roku 1884 Janet diferencuje psychastenickou a hysterickou formu mentální anorexie. K roku 1890 se datuje zmínka z laické veřejnosti – spisovatelka H. B. Stoweová kritizuje společnost, která považuje normálně urostlou ženu za „monstrum“. A roku 1908 pařížský módní návrhář P. Poiret poprvé představil novou, štíhlou módní siluetu, kde je poprvé v historii vidět tělo pod šaty (bez korzetů a vycpávek). Ale v roce 1914 hamburský patolog M. Simmonds objevil u některých vyhublých pacientů léze v hypofýze a mentální anorexie začala být nerozlučně

⁵ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 28-31..

⁶ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 152-154.

⁷ HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str.188, 191-192.

⁸ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 29.

spojována se „Simmondsovou chorobou“. Po další dvě desetiletí nebyla tato domněnka vyvrácena. Až ve 40. letech 20. století byla pod vlivem psychoanalýzy a psychosomatické medicíny mentální anorexie znovuobjevena jako duševní porucha. Pojem mentální anorexie se přesunul z interní medicíny do psychiatrie a postupně se začal rýsovat jeho širší a komplexnější obraz. Od 60. let získává mentální anorexie pověst „moderní“ a „záhadné“ choroby, především díky významným publikacím H. Bruchové a M. S. Palazzoli. K původnímu klinickému obrazu mentální anorexie, jak jej popsali Laségue a Gull, přibýly další dva podstatné rysy: neúnavná snaha o dosažení štíhlosti a narušené vnímání obrazu vlastního těla. V posledních desetiletích se ze vzácné a málo známé klinické entity stala „módní“ porucha, kterou veřejnost sleduje s velkým zájmem^{9, 10}.

Mentální bulimie a dějiny přejídání

Dějiny přejídání jsou stejně staré jako historie odmítání jídla. Nenasytné hltání bylo bezpochyby časté zejména mezi privilegovanou elitou společnosti. Na jarmarcích občas veřejnost obveselovali výjimeční jedlíci, kteří se předváděli vedle „zrůd“ a dalších atrakcí. Necháme-li stranou tyto raritní případy, nadměrné přejídání existovalo v království medicíny od nepaměti.

Podobně jako termín anorexie, má i pojem bulimie rozsáhlou vlastní historii. Podle Plutarcha pojem bolimos označoval zlého démona a původně měl znamenat velký hlad. Později však filologové tvrdili, že výraz pochází z řeckých slov bous (vůl) a limos (hlad). Výraz popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal sníst celého vola. V tomto smyslu chorobného hladu by bylo možné vysledovat bulimii dokonce již v díle řeckého dramatika a básníka Timokla ve 4. století př. n. l. V lékařských kruzích byla etiologie bulimie těsně spojena s dysfunkcí nebo abnormalitami zažívacího ústrojí¹¹.

Vývoj mentální bulimie jako diagnózy

Přejídání bývalo v minulosti někdy spojováno s anorexií. V roce 1874 popsal Gull v jedné ze svých přednášek nenasytnou chuť k jídlu u anorektické pacientky, a také Laségue zaznamenal záchvaty přejídání u pacientek zotavujících se z anorexie. Na přelomu století se objevily případy popisující nutkavé přejídání s následným vyvoláním zvracení. Tyto

⁹ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 29-31.

¹⁰ HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str. 188.

¹¹ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 31-32.

příznaky byly považovány spíše za neurotickou poruchu nebo za jídelní schéma některých anorektických pacientů. Nejlépe popsanou kazuistiku publikoval v roce 1944 švýcarský psychiatr L. Binswanger, ve které působivě popisuje příběh Ellen Westové, jejího neúnavného zápasu se štíhlostí a boje s bulimií, která ji dovedla až k násilnému zvracení a nadměrnému užívání laxativ.

Na počátku 70. let byla identifikována relevantní skupina symptomů, odlišná od klinicky dobře popsaného obrazu mentální anorexie a obezity. Začaly se množit případy žen, které se přecpávaly, ale přitom dokázaly udržet svoji hmotnost v mezích normy prostřednictvím zvracení, projímadel, diuretik nebo neustálým držením diety. Pro tyto poruchy se objevila celá řada návrhů, jak je označovat např. dysorexie, bulimarexie, syndrom štíhlost - tloušťka, syndrom přejídání a pročišťování, syndrom dietního chaosu. V Americké psychiatrické společnosti se ujal termín bulimie. V roce 1979 definuje Russel mentální bulimii jako nejasnou variantu mentální anorexie. V roce 1987 bylo sjednoceno a přijato označení mentální bulimie. S růstem počtu případů se stala samostatnou klinickou jednotkou¹².

1. 3 Charakteristika a definování poruch příjmu potravy

Charakteristika mentální anorexie

Mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy a je charakterizovaná úbytkem hmotnosti, který je úmyslně vyvolán a udržován. Je přítomna specifická psychopatologie, strach z přibírání na váze. Tento strach má charakter ovládací až nutkavé myšlenky. Pacienti se sami snaží dosáhnout nízké hmotnosti. Následně vzniká podvýživa, sekundárně endokrinní a metabolické změny s narušením tělesných funkcí. Nebezpečí podvýživy a dehydratace výrazně vzrůstá s klesajícím věkem a tělesnou hmotností nemocných. U dětí se může zpomalit růst a opozdit puberta. Hladovění a podvýživa jsou vždy spojeny s utrpením a mohou skončit i letálně¹³.

Mentální anorexie se vyznačuje nadměrnou sebekontrolou v jídle a dietní omezení se potom stávají samozřejmostí a přinášejí nemocnému uspokojení, především pokud jsou spojené se zkreslenou představou o svém těle. Mnohá mladá děvčata nemají reálnou představu o vlastním těle a myslí si, že jejich tělo je silnější než ve skutečnosti. Úzkostlivě

¹² KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 15.

¹³ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 154.

sledují svoje tělesné proporce a partie. Nelíbí se jim právě jejich ženskost, kterou posléze začnou hodnotit velmi nepřiměřeně. Z počátku začnou omezovat kalorická jídla, později ostatní vydatné potraviny, až se zřikají i tekutin. K tomu přidávají i nepřiměřené tělesné cvičení. Vrcholem onemocnění bývá užívání odvodňujících preparátů, nejčastěji diuretik, ale také laxativ (léky podporující vyprazdňování tlustého střeva) a anorektik (léky tlumící chuť k jídlu).

Prvními varujícími signály v oblasti psychiky bývají měnící se osobní cíle a nadměrná ctižádost a zodpovědnost. U některých děvčat je omezování v jídle doprovázené zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří apod.) a zvýšenou chutí na sladké. Po několika týdnech hladovění dochází k oslabení chuti k jídlu a k postupnému vymizení pocitu hladu. Tím, že dívky odmítají potravu, není fakt, že by neměly chuť k jídlu. Jejich hladovění často pramení z nenávisti k sobě samým. Většinou mají pocit, že nedokážou zvládat svůj vlastní život, tak jak by chtěly. Proto se soustředí na jedinou oblast, kterou podle jejich názoru mohou kontrolovat - na svoje tělo. Případá jim, že mohou dosáhnout dokonalosti jen hladověním a hubnutím ¹⁴.

Vzhled pacientek je typický. Jsou na první pohled nápadné svou vyhublostí. Mnohé z nich se jí snaží skrývat volnějším oblečením, některým ale naopak vyhublost vyhovuje, pyšní se jí a volí oblečení, které jejich vyhublost podtrhuje, je těsné, upnuté. Jejich tělo působí drobně, hubeně a někdy až dětsky ¹⁵.

Definování mentální anorexie

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje závislost slovy G. Leibolda (1995) takto: „Závislost je stav chronické či periodické otravy opakovaným použitím přirozené anebo syntetické drogy, která poškozují postiženého a společnost.“ Drogou je v případě mentální anorexie nadměrná sebekontrola v jídle a hladovění ¹⁶.

¹⁴ LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie (Příčiny, průběh a nové léčebné metody)*. str.8-9.

¹⁵ NĚMEČKOVÁ, P.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 155-157.

¹⁶ LEIBOLD, G.: *Mentální anorexie (Příčiny, průběh a nové léčebné metody)*. str.8-9.

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F50.0)

- a) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (či už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší. Pro prepubescentní jedince nesplněný očekávaný hmotnostní přírůstek během růstu.
- b) Snížení hmotnosti si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“ a že užívá jeden či více z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik nebo nadměrné cvičení.
- c) Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o svém těle, stále se objevuje neodbytná vtíravá myšlenka z dalšího přibírání na váze, která vede jedince k určení si velmi nízkého hmotnostního prahu.
- d) Rozsáhlá endokrinologická porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, se projevuje jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Může se vyskytovat zvýšená hladina růstového hormonu a kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a porucha ve vylučování inzulínu.
- e) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, tak jsou pubertální projevy opožděny, nebo dokonce zcela pozastaveny. Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- a) Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku, nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti v čase růstu.
- b) Intenzivní obava z přibírání na váze a z tloušťky, a to i v případě, že je nemocný velmi vyhublý.
- c) Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
- d) U žen absence minimálně třech za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není jiný důvod vynechání menstruace.

Specifické typy:

Nebulimický - restriktivní typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání nebo vyprovokovanému zvracení nebo zneužívání laxativ, diuretik nebo klyzmat. Tento typ je zaměřen na omezení kalorického příjmu.

Bulimický - purgativní typ. Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání. Tento typ je zaměřen na očištění těla.

Kritéria užitá v DSM-IV Americké psychiatrické asociace i v desáté verzi MKN lze shrnout do tří základních znaků:

1. aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti
2. strach z tloušťky trvajícím i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost
3. amenorea u žen

Poměrně velká část anorektiček se časem začne přejídat a některé i zvracet. Mentální anorexie tak může přecházet v mentální bulimii ¹⁷.

Charakteristika mentální bulimie

Mentální bulimie se vyskytuje častěji než čistá mentální anorexie, ale velmi často jsou obě chorobné jednotky vzájemně propojeny. Onemocnění je charakterizováno opakovanými a nekontrolovanými záchvaty příjmu velkého množství potravy, která je navíc většinou energeticky bohatá. Po periodě přejídání se u nemocných objevují pocity tělesného dyskomfortu doprovázené pocity depresí a viny. Následuje perioda kompenzatorního chování, kdy se nemocní snaží nadměrného množství požití potravy zbavit. Nejčastěji tak činí navozením zvracení nebo použitím projímadel. Opakované zvracení způsobuje elektrolytické poruchy a jiné somatické komplikace ¹⁸.

¹⁷ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. Grada. str. 16-17.

¹⁸ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. Grada. str. 18.

Definování mentální bulimie

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2)

- a) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
- b) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
- c) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.
- d) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

Diagnostická kritéria podle DSM-IV

- a) Opakující se epizody záchvatovitého přejídání. Epizodu záchvatovitého přejídání (binge rating) charakterizuje:
 - konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku (např. během dvou hodin), než by většina lidí dokázala sníst ve stejné době.
 - pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (např. pocit, že nemohu přestat nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jím)
- b) Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti, např. vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nepřiměřené míře
- c) Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
- d) Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
- e) Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Specifické typy:

Purgativní (vypuzující) typ. Pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.

Nepurgativní (nevypuzující) typ. Používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody¹⁹.

1. 4 Etiologie onemocnění poruch příjmu potravy

Příčiny poruch příjmu potravy jsou multifaktoriální a nejsou zcela objasněné. Předpokládá se, že spouštěcím mechanismem je působení bio-psycho-sociálních faktorů na člověka, avšak nelze opomenout ani strukturu osobnosti člověka.

Biologické faktory zahrnují neznámou genetickou vlohu pro hormonální nerovnováhu. Psychologické faktory popisují nedostatečnou identifikaci s ženskou rolí, s dospělostí a zároveň odpor vůči autoritě rodičů, prožité traumata s vnitřními bolestmi, se kterými se postižený jedinec neumí vyrovnat. Sociální faktory se týkají především chybného hodnocení obezity ve společnosti na jedné straně a umělého vytváření ideálu krásy, reklamním a modelingovým světem na straně druhé.

Ženské pohlaví nese desetkrát vyšší riziko onemocnění než mužské. Poruchy příjmu potravy vznikají u dívek nejčastěji v pubertě. Začínají se měnit jejich proporce a vzrůstá jejich tělesná hmotnost, která je dalším rizikem pro vznik tohoto onemocnění. Nejčastěji u dívek, které prošly náhlou prudkou změnou hmotnosti (např. v dospívání, v těhotenství). Vyšší riziko je také u žen, které mají tuk rozložený především na bocích, stehnech a na hýždích.

Menstruační cyklus a puberta jsou fenoménem pro rozvoj onemocnění, kdy jsou dívky v tomto období sociálně vnímavější, zranitelnější, sebekritičtější a často úzkostné s nízkým sebevědomím. Při sebemenších poznámkách na jejich vzhled, trpí jejich ego.

Biologicky podmíněná teorie mentální anorexie je zřejmě poruchou v oblasti hypothalamo-hypofyzární části mozku, jež je důsledkem hladovění.

Také různé životní situace a události jsou často považovány za významné predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy. Nejčastěji jsou zmiňovány různé nářky na tloušťku a tělesný vzhled, sexuální konflikty a zneužívání, významné životní změny, osobní nezdár nebo nemoc, problémy v rodinném kruhu či odloučení od rodiny, problematické vztahy s vrstevníky.

¹⁹ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 19.

Z rodinných a genetických vlivů, které byly podrobeny rozsáhlým studiím, je patrné, že nejvíce jsou postiženy dívky prvorozené a poslední, mající jenom bratry anebo jednovaječná dvojčata. Jako nejčastější příčinou je udáván otec, který v rodině žije v emočně odtažitým vztahu se svojí dcerou. Bývá to muž rigidní, výbušný až agresivní, nejčastěji závislý na alkoholu. Dále hrají roli i vztahy mezi rodinnými příslušníky s vysokou kritičností k děvčeti.

Ohrožení jsou také jedinci s depresivní či úzkostnou poruchou. U dívek s takovou poruchou se úzkost může týkat jejich postavy a tělesné hmotnosti.

U patogeneze poruch příjmu potravy je nutné také zohlednění osobnostních rysů a psychické charakteristiky jedince. Typická „anorektička“ je popisována jako děvče zaměřené na dosažení úspěchu, perfekcionalistka s orientací na výkon a bývá egocentrická s vysokým IQ. K dalším rizikovým povahovým rysům patří zranitelnost. Nejistota ohledně sebe sama vede k výrazně zvýšené snaze zalíbit se druhým. Nestálost, která se projevuje kontrolou nad jídlem, zastupuje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi. Puritánství a asketismus se odráží v překonávání vlastní potřeby jídla. To pak považují za důkaz morálnosti a možnosti očištění se. Hladovění může být způsobem sebetrestání. Postižení se trestají za problémy, se kterými se neumějí vyrovnat.

Impulzivita, oslabení kontroly, nutkavost nebo nezdrženlivost jsou psychické charakteristiky vyskytující se stejně často v souvislosti s abúzem psychoaktivních látek, jako v souvislosti s některými formami poruch příjmu potravy, které jsou pak srovnávány s jinými formami závislosti. V klinické praxi se často setkáváme s kombinací mentální bulimie a užívání alkoholu. Obě poruchy narušují psychický a sociální život nemocného. Zaujetí danou substancí (jídlo či alkohol) vede nemocného k izolaci a podvádění. Přejídání, podobně jako psychoaktivní látky, je používáno ke kontrolování emocí a zvládnání stresu.

Významnou úlohu na vzniku poruch příjmu potravy mají také sociální a kulturní vlivy. Jádro problému poruch příjmu potravy je rychle se měnící kultura, která nekriticky oslavuje vyhublou štíhlost a nadměrnou sebekontrolu (Garfinkel a Garner, 1982 a Hsu 1990).

Mezi rizikové skupiny patří modelky, baletky, tanečnice, gymnastky, krasobruslačky, jídelní poradkyně a sportovci všeobecně.

V posledních desetiletích jsou ženy vystaveny intenzivnímu tlaku v péči o svoji postavu. Ženy nepřímou ovlivňuje módní ideál štíhlých krás z časopisů a televize. Nelítostnou skutečností je, že dietním trendům se přizpůsobuje potravinářský průmysl

s propagací výrobků s nízkým kalorickým obsahem. Ohroženy jsou ženy, které jsou vystaveny vyššímu tlaku společnosti. Ženy, jež se chtějí profesionálně uplatnit ve společnosti, která hlásá heslo „štíhlost se rovná přitažlivost“.

Sociální a kulturní tlaky na dodržování štíhlosti jsou nejen v rozporu s biologickou variabilitou a přirozeností lidského těla, ale nutně oslabují sebedůvěru mladých žen, kterým předkládají zcela nerealistické cíle a nevhodné vzory. Posilují jejich strach z tloušťky, nadměrný zájem věnovaný tělesné hmotnosti a nespokojenost s vlastním tělem. Nevhodné jídelní postoje a vzory chování se stávají společenským standardem a významným sociálním vlivem. Nelze opomenout ani fakt rostoucího tlaku na ženy v souvislosti se širší škálou profesionálního uplatnění. Dospívající dívky jsou stavěny do rozporuplných situací, kde si protirečí normy fyzické atraktivity, rodinného života a sebereprezentace. Je pro ně obtížné vymezení sebe sama, nalezení osobní identity a autonomie.

F. D. Krch (2005) uvádí: „Významný není jen vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespecifických sociálních vlivů, jako jsou zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury apod.“

Anorexie a bulimie jsou tedy důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů. Podobně jako u některých jiných duševních poruch se na jejich vzniku a rozvoji podílí řada různých faktorů. Například když někdo začne s redukční dietou, je bulimií ohrožen více. Prochází-li zmatkem a nejistotou dospívání, trpí nedostatkem sebevědomí a má špatné mínění o svém těle, je-li jeho otec alkoholik nebo hypochondr, matka neustále drží diety nebo se sestra léčí s mentální anorexií. Ale ani přítomnost všech zmíněných vlivů nemusí stačit. Podle výzkumů se mentální bulimie rozvine jen tehdy, když je jedinec vystaven rizikovým faktorům pro držení diet a zároveň některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné i pro rozvoj jiných psychiatrických poruch. Pokud jde o diety, poukazuje se především na sklon k obezitě, nevhodné jídelní návyky, a zejména na společenský tlak. Z obecně rizikových faktorů je vyzdvihován vliv negativního sebehodnocení a v souvislosti s mentální anorexií i perfekcionismus. Z faktorů, které před poruchami příjmu potravy chrání, vyzdvihují současné studie aktivní řešení problémů, nízké užívání alkoholu, užívání diet v rozumných

mezích a vyrovnanou náladu. K pozitivně hodnoceným vlastnostem patří také trpělivost a smysl pro humor^{20, 21, 22, 23, 24}.

1. 5 Průběh onemocnění

Průběh mentální anorexie

Epidemiologické studie uvádějí, že prevalence poruchy u adolescentních a mladých žen je 0,5-1,0%, při užití širších kritérií hovoří některé zdroje dokonce o celoživotní prevalenci 3,7%. Začátek onemocnění je typický pro věkové období adolescence, nejčastěji začíná ve věku kolem 17 let, ale vyskytnout se může jak u dívek mladších, tak i u žen starších, dokonce mohou být postiženy ve výjimečných případech i ženy po menopauze. Věkové hranice vzniku nemoci se rozšiřují jak do dětského věku na straně jedné, tak do věku střední dospělosti na straně druhé.

Onemocnění postihuje i chlapce, ale u dívek je desetkrát až dvacetkrát častější.

Rozvoj tohoto onemocnění bychom mohli rozdělit na nenápadný, plíživý a plynulý. Z počátku se nejeví jako porucha. Často se vyskytuje v nové životní situaci, se kterou se pacientka nedokáže vyrovnat a při které se cítí nejistá.

Onemocnění začíná typicky u osob s normální váhou a mírnou až střední nadváhou. Dotyčná osoba začne nejprve omezovat jídlo a nadměrně sportovat. V počátku onemocnění je podporována svým okolím (rodinou, přítelem či trenérem). Má velmi mnoho zájmů a okolí ji považuje za cílevědomou, šikovnou a snaživou. Díky tomu se postižená cítí středem zájmu a má ze sebe dobrý pocit. Nejenže se omezuje v jídle, ale začíná se zajímat o zdravou redukční stravu. Pro anorektičky jsou typické rituály spojené s jídlem. Krájejí si maso na miniaturní kousíčky, počítají kolikrát přežvýkají jedno sousto anebo kolikrát si ukously. Někdy vypijí sklenici vody při každém soustu anebo si vytvoří svůj vlastní způsob rituálů při jídle. Většinou začnou vynechávat jídla s rodinou, protože mají jiný rozvrh nebo začala s vegetariánstvím. Chtějí si vařit sami nebo vaří pro celou rodinu a samotné nejí.

²⁰ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 57-80.

²¹ KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I.: *SOS nadváha*. str. 77-84.

²² KRCH, F. D.: *Poruchy příjmu potravy- Rizikové faktory*. str. 14-16.

²³ KRCH, F. D.: *Bulimie (Jak bojovat s přejídáním)*. str. 35-41.

²⁴ PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa*. str. 15.

Pijí hodně kávy a dietních nápojů. V tomto období začnou také ještě více sportovat, a čím jsou hubenější, tím jejich činorodost a aktivita narůstá. Přestávají sledovat televizi, raději se učí. Stále se snaží v něčem se zdokonalovat. Zlehčují svůj stav a mají tendenci obelhávat okolí. Některé začnou zneužívat různé lékové skupiny (laxativa, diuretika, anorektika) s vidinou ještě většího váhového úbytku.

K lékaři se dostávají pro amenorheu, „alergii na jídlo“, zácpu, bolesti břicha a jen velmi vzácně pro úbytek na váze. Někdy však končí na jednotkách intenzivní péče pro tělesné komplikace vyvolané dehydratací a poruchami elektrolytové rovnováhy, které si způsobily zvracením nebo nadměrným užíváním laxativ a diuretik. Dost často je přivádějí rodiče, kteří si všimnou velkého úbytku na váze nebo podivného chování v souvislosti s jídlem.

V sociální sféře se stávají anorektičky samotáčkami. Nestýkají se s vrstevníky a všechno pro ně ztrácí význam. Mají zájem jen sami o sebe. Velký hmotnostní úbytek má vliv na jejich psychiku. Jsou podrážděné, úzkostné až depresivní, mívají fobické sklony a podceňují tělesné signály, které upozorňují na podvýživu. Často trpí bolestmi hlavy a mají poruchy spánku^{25, 26, 27}.

Průběh mentální bulimie

Při začátku onemocnění bývá věk nemocných zpravidla o něco vyšší. Vyskytuje se asi u 1-3 % adolescentních a mladých dospělých, přičemž v 90 % postihuje ženy. Bulimické chování může začít jako zdánlivě nevinný pokus zhubnout. Prvořadým zájmem postižených jsou jejich tělesné proporce a hmotnost. Regulace příjmu potravy je prostředkem zvládnutí silných emocí a stresů nejrůznějšího druhu. Přejídání a následné vyprázdnění je jejich způsobem vyjádření.

Nemoc je zpravidla chronická, postižení vyhledávají pomoc často až po několika letech trvání obtíží. Zpravidla si uvědomují poruchu návyků spojených s příjmem potravy. Záchvatům přejídání často předchází depresivní ladění, eventuálně stavy úzkosti, které mizí během záchvatu, ale posléze se opět vrací. Součástí každého cyklu je často předsevzetí, že tentokrát je to už opravdu naposledy.

²⁵ NĚMEČKOVÁ, P.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 155-157.

²⁶ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. str. 308.

²⁷ HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str. 188-199.

Lidé trpící bulimií své chování zpravidla pečlivě tají a vynakládají značné úsilí, aby navenek udrželi zdání, že pro ně jídlo nepředstavuje žádný problém. Stydí se za svoje chování a za to, jak jim zasahuje do života. Ataky přejídání a následného vyprázdnění trvají několik minut až hodin, začátek je spontánní nebo plánovaný. Přejídání může být několikrát měsíčně, ale i několikrát denně. Kalorický příjem jídla v době záchvatu bývá 3-25x větší než obvyklá norma a nemocní nezřídka utratí za potraviny velké částky. K navození zvracení jsou používána emetika, mechanické manévry, zvracení, však může být i samovolné. Dále jsou užívána laxativa a diuretika. U některých pacientů lze prokázat abúzus alkoholu a drog, dále krádeže, sebepoškozování a suicidální pokusy^{28, 29}.

1. 6 Zdravotní komplikace poruch příjmu potravy

Pro změny kardiovaskulárního systému je charakteristická sinusová bradykardie způsobená snížením metabolismu a vagovou hyperaktivitou, a zároveň mírná hypotenze daná chronickým snížením objemu tělních tekutin a ortostatickými změnami. Nadužívání diuretik nebo projímadel může vést k elektrolytové dysbalanci, a tím ke vzniku srdečních arytmií, které mohou být smrtelné. Známé jsou i poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a zhoršení výkonnosti srdečního svalu.

Postižení plic a dýchání způsobuje deficit elektrolytů, který může mít za následek pokles síly dýchacích svalů. Na respiračním selhání se může podílet protrahovaná alkalóza při zvracení nebo snížená rezistence vůči infekcím. Nebezpečné je také aspirování zvratků s následným rozvojem aspirační bronchopneumonie. Velmi závažnou komplikací je pak ruptura jícnu se vznikem pneumomediastina a mediastinitidy.

Změny na gastrointestinálním traktu jsou velmi pestré a mohou nabývat různých stupňů závažnosti. Známým příznakem je benigní zduření parotických slinných žláz. Hodnocení ústních a zubních komplikací ukazuje jasnou souvislost mezi pravidelným zvracením a zároveň nedostatečným příjmem minerálních látek a vitamínů. Časté jsou také záněty jícnu, jícnové eroze a vředy. Ruptura jícnu či žaludku, vznikající na podkladě zvracení po konzumaci velkého množství jídla, patří mezi vzácné, ale smrtelné komplikace. Méně závažné jsou obtíže jako pocity přesycenosti, nadýmání a bolesti břicha v důsledku sníženého svalového tonu a elektrolytových poruch nebo jako následek nešetrné

²⁸ HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str. 192-193.

²⁹ HALL, L., COHN, L.: *Rozlučte se s bulimií*. str. 2-9.

realimentace. Porucha motility střev a zácpa souvisejí s dlouhodobým hladověním a minerálovou dysbalancí. U některých pacientek je popisována akutní pankreatitida na podkladě realimentace nebo po záchvatu přejedení. U podvýživy s nedostatkem bílkovin se vyskytují abnormality ve funkci jater vedoucí k reverzibilní steatóze a hepatomegalii. U anorexie je navíc popisován zvýšený výskyt virových hepatitid.

Nejčastější renální komplikace jsou tubulární degenerace při elektrolytové depleci a abúzu léků, tubulointersticiální polydypsie, snížená glomerulární filtrace se vzestupem dusíkatých katabolitů, polyurie a psychogenní polydypsie jako prostředek dočasného zvýšení váhy nebo jako důkaz ochoty spolupracovat. V jiných případech může dehydratace vést ke zvýšenému výskytu infekčních komplikací a vzniku litiázy v močových cestách.

Poruchou kostního metabolismu vzniká osteopenie a osteoporóza. Pacientky mají o ¼ nižší hustotu kostního tkaniva než je norma. Proto u nich často dochází ke zlomeninám, přičemž toto riziko se zvyšuje při snaze o další hubnutí nadměrným tělesným cvičením.

Endokrinní abnormality jsou charakteristickým rysem mentální anorexie. Vedoucím příznakem je amenorea, která se objevuje při ztrátě nad 15% optimální tělesné hmotnosti. Významnou roli zde sehrává i psychický stav a sexuální život pacientky, který udržuje v normě funkci osu hypotalamus-hypofýza-ovaria. Ale porucha libida vede u nemocných s mentální anorexií k problémům v sexuálním životě. K dalším endokrinním příznakům patří hypogonadismus, hypotyreóza a sklony k hypoglykemiím.

K hematologickým změnám dochází z nedostatku železa a mědi, vzniká mikrocytární hypochromní anémie a trombocytopenie. Leukopenie vzniká jako následek těžkého a dlouhodobého hladovění.

Při neurologických změnách je možné pozorovat akutní stavy zmatenosti, tetanie, svalovou slabost či přechodné ischémie mozku jako důsledek poruchy elektrolytové rovnováhy.

Z metabolických komplikací jsou nejzávažnější poruchy metabolismu elektrolytů, kdy vlivem hladovění a zvracení, mají nemocní deficit sodíku a chloridů. Následují kompenzační ztráty draslíku a fosforu močí, což způsobuje postupný, ale těžký deficit těchto elektrolytů. V důsledku elektrolytové dysbalance vznikají křeče kosterní svaloviny a zároveň dochází ke změnám na EKG.

Porucha termoregulace souvisí s vymizením tukové tkáně a sníženou konverzí tyroxinu na trijodtyronin. Nemocní jsou zimomřiví, mají chladná akra. S poruchou termoregulace může souviset i výskyt atypického ochlupení- lanuga.

Snížením imunity dochází k potlačení buněčné imunity. Laboratorně sledujeme absolutní pokles lymfocytů v periferní krvi.

Porucha hojení ran se projevuje narušením při hojení kožních a slizničních defektů. U kožních změn můžeme pozorovat ztenčení kůže, která je porostlá drobnými chloupky. Dochází k vypadávání vlasů, které jsou jemné a mají sklon k lámavosti. Rovněž nehty se třepí a lámou. Na kůži se objevují hematomy a petechie v důsledku trombocytopenie a snížení syntézy vitamínu K, karotenodermie z poruch metabolismu. Možný je i výskyt vyrážek z užívání projímadel, diuretik a jiných léků na snížení hmotnosti^{30,31}.

1. 7 Diagnostika poruch příjmu potravy

Diagnóza se především opírá o splnění diagnostických kritérií pro mentální anorexii či bulimii. V tomto bodě hraje nezastupitelnou roli anamnéza, která musí být podrobná a co možná nejvíc objektivní, aby byl současně vyloučen somatický podklad nemoci nebo somatická spoluúčast na malnutrici pacientky³².

Komplexní vyšetření spočívá vedle hodnocení nutričního stavu a somatických komplikací, v posouzení jídelní patologie, kompenzačních mechanismů, celkové psychopatologie, obsedantně kompulsivní symptomatiky, motivace k léčbě, zralosti osobnosti a psychiatrických komorbidit, sociální a rodinné situace i dostupnosti léčby³³.

Většinou, vzhledem k omezené spolupráci nemocných při jejich psychiatrické diagnóze, získáváme údaje od rodiny a z předchozí dokumentace. Na první pohled spolupracují postižení mentální anorexií či bulimií často velmi ochotně, jde však o pseudospolupráci, která má jediný cíl: pokračovat v mentálních praktikách a co nejdříve opustit zdravotnické zařízení. Údaje odebírané přímo od pacientů jsou většinou lživé a zavádějící, což odpovídá mentálním praktikám, čímž potvrzují diagnózu. Během sbírání anamnestických údajů pátráme zejména po těchto informacích:

- změny hmotnosti, zvláště v posledních 6 měsících- hmotnostní úbytek, přírůstek, jejich časový průběh
- změněná chuť k jídlu, změna chuti
- potravinová alergie, nesnášenlivost určitých druhů jídel, nestravitelnost diety

³⁰ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 93-102.

³¹ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 158-156.

³² KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 93-102.

³³ PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa, bulimia nervosa (Doporučené postupy pro praktické lékaře zpracované ČLS JEP)*. <http://www.cls.cz/dp>. 30.7.2009.

- změna diety, stravovacích návyků, vyhýbání se určitým jídlům
- somatické potíže - stav dutiny ústní, chrupu, problémy s polykáním
- gastrointestinální potíže- pyróza, meteorismus, diarea, obstipace, nauzea a zvracení
- přidružená onemocnění a případná terapie
- užívání antacid, laxativ, diuretik, emetik,...
- frekvence obtíží v souvislosti s požitím jídla, vztah k denní či noční době
- zaměstnání či studium pacientky, běžné denní aktivity
- typ a četnost sportovních aktivit, jiná fyzická aktivita
- sociální situace pacientky, rodinné zázemí
- abúzus alkoholu, jiné návykové látky
- sledování stravovacích zvyklostí a životosprávy

Po podrobné anamnéze je důležité zhodnocení klinického obrazu pacienta, při kterém se mohou odhalit komplikace způsobné daným onemocněním. Pomoci nám mohou také laboratorní vyšetření:

- Laboratorní vyšetření v krvi: krevní obraz + diferenciál, minerály (Na, K, Cl, P, Ca, Mg), transferin, ferritin, celková bílkovina, albumin, glykémie, cholesterol, triglyceroly, pseudocholinesteráza, urea, kreatinin, kyselina močová, jaterní testy - bilirubin, AST, ALT, GMT, ALP, hormony štítné žlázy - T4, T3. TSH, kortizol, LH, FSH, estradiol
- Laboratorní vyšetření v moči: Na, K, Cl, P, Ca, Mg, urea a kreatinin (jednorázové vzorky či vzorky z odpadů za 24 hodin), moč CH +S
Pomocné metody: EKG vyšetření, Echokardiografie srdce, Ultrazvuk břicha a ledvin, kostní denzitometrie, kalorimetrické vyšetření, endoskopické vyšetření gastrointestinálního traktu, neurologické vyšetření,...

Kromě laboratorních metod a běžných antropometrických měření (hmotnost, výška, výpočet BMI) se ke zjišťování nutričního stavu používají i další metody. Mezi nejpoužívanější patří:

- Měření kožních řas pomocí kaliperu- výhodou je snadná proveditelnost, ale metoda je relativně málo přesná. Měření se provádí nad tricipsem a subskapulárně

- Měření obvodu paže- na uvolněné paži v extenzi uprostřed mezi akromion a olekranon.
- Základní bioimpedance- měření procentuálního a celkového množství tuku obsaženého v lidském těle. Tato metoda analyzuje elektrický odpor tělesných tkání pomocí velmi slabého elektrického proudu, který je vyslán do těla a po průchodu tělem změřen.
- Multifrekvenční bioimpedance- dává obraz nejen o poměru tuku a svalové hmoty, ale i o poměru buněčné hmoty a intersticiální tekutiny.
- Nepřímá kalorimetrie- měří se spotřeba kyslíku a produkce oxidu uhličitého. Pomocí tohoto měření se zjišťuje bazální metabolismus a respirační kvocient. Měření se provádí ráno nalačno, po probuzení, v naprostém tělesném klidu, při neutrální teplotě po dobu jedné hodiny. Bazální metabolismus závisí na tělesné výšce, hmotnosti, stáří a pohlaví. Nutným podkladem pro zadávání dat do metabolického monitoru je i výpočet odpadu dusíku z moče^{34, 35, 36}.

1. 8 Diferenciální diagnostika

Musíme především vyloučit somatické onemocnění spojené s váhovým úbytkem, jako jsou endokrinní a metabolické poruchy (Simmondsova kachexie, hubnutí u nemocných s diabetem I. typu, dyspeptické syndromy, Addisonova choroba, panhypopituitarismus, hyperthyreóza,...). Taktéž musíme vyloučit onemocnění gastrointestinálního traktu (např. Crohnova choroba, Celiakie, chronické záněty celkové a střevní, nádory a infekční onemocnění). Dále také tuberkulózu, lymfomy, poruchy CNS (hypothalamické nádory), neurologické poruchy ve smyslu epileptických ekvivalentů. U depresí není úbytek váhy doprovázený přáním hubnout (postižený odmítá udělat cokoli, protože je pod vlivem dlouhodobé, chorobné, smutné nálady), stejně tak jako u schizofrenie, kdy je odmítáno jídlo, což bývá často způsobeno vlivem halucinací a bludů. Sociální fobie mohou být spojené s poruchami příjmu potravy v souvislosti s přítomností cizích osob. Nemocní s dysmorfofóbií nejsou zaměřeni jen na svoji hmotnost, ale i na tělesné proporce^{37, 38}.

³⁴ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 156-158, 168-170.

³⁵ ZADÁK, Z.: *Výživa pro intenzivní péči*. str. 197-214.

³⁶ KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. str. 47-50.

³⁷ HANUŠ, H., a kol.: *Speciální psychiatrie*. str. 190, 193.

³⁸ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 166-167, 177.

1. 9 Léčba poruch příjmu potravy

Léčba by měla sledovat tři cíle:

1. Léčba dlouhodobé podvýživy a tělesných obtíží způsobených opakovaným zvracením nebo zneužíváním léků, apod.
2. Psychoterapie, která by měla nemocnému přinést pochopení příčin jeho nemoci a hlavně roli jakou v jeho současném životě nemoc plní.
3. Psychoterapie zaměřená pragmaticky na změnu nevhodných jídelních návyků, případně „nesprávného“ životního stylu nemocného.

Každému nemocnému s mentální anorexií či bulimií, který je ve stavu malnutrice nebo má jiné závažné obtíže jako následkem své nemoci, by měla být poskytnuta intenzivní metabolická péče, a to nejlépe na odděleních intenzivní psychiatrické péče, popř. na odděleních intenzivní péče interního charakteru. Zde je důležitá těsná mezioborová spolupráce, aby péče byla maximálně komplexní. Až po fázi realimentace a konsolidace metabolického stavu nastupuje léčba psychiatrická na specializovaných psychiatrických odděleních zaměřených na poruchy příjmu potravy. Tam je péče zaměřena především na psychotherapeutické metody a režimová opatření. Nedílnou součástí bývá rodinná terapie³⁹.

Biologická léčba

Zdravotní problémy spojené s poruchami příjmu potravy se podobají obtížím vyvolaným nekomplikovaným hladověním a při návratu k normální výživě a tělesné hmotnosti jsou reverzibilní. Důležité rozdíly však vznikají podle toho, které základní složky ve stravě chybějí. Při mentální anorexii je obvykle výrazně snížen příjem kalorií ze sacharidů a tuků, zatímco příjem bílkovin a vitamínů může být dostatečný.

Realimentaci je možné provádět formou perorální, pomocí sond anebo formou parenterální výživy. Způsob realimentace je závislý především na zdravotním stavu nemocného a jeho ochotě spolupracovat. Očekávaný hmotnostní přírůstek by se měl pohybovat mezi 0,5 až 1,5 kg za týden podle toho, zda se jedná o léčbu ambulantní či hospitalizaci. Cílem je dosažení normální tělesné hmotnosti, tedy aby se BMI u dospělých pohybovalo mezi 20 až 25. Pro děti a adolescenty je cílem taková hmotnost, při

³⁹ KULHÁNEK, J.: Poruchy příjmu potravy- léčba. <http://hubnuti.doktorka.cz>. 30.7.2009.

kteřé jsou fyzicky zdraví a pokračují v normálním tělesném růstu. Místo BMI se zde používají pediatrické růstové tabulky.

Perorální příjem

Pokud nemocný akceptuje perorální příjem, je možné začít s podáváním šetřící diety, která je doplňována přísavky energeticky bohatých látek a bílkovin podávaných formou sippingu. Sipping znamená popíjení tekuté výživy. Jsou to firemně vyráběné energeticky bohaté nutriční nápoje s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem, které se vyrábí v mnoha chuťových variantách. Sipping by neměl nahrazovat normální jídlo (snídaně, oběd, večeře a dvě svačiny) a měl by být jen dočasnou pomůckou pro zlepšení nutričních parametrů.

Perorální příjem by měl být vždy upřednostňován před ostatními formami výživy. Jelikož jsou poruchy příjmu potravy nemocemi především psychického rázu, je důležité, aby se nemocný co nejdříve navrátil k normální stravě. Předepisování zvláštních potravin, kromě postupného navyšování množství, není nutné, protože by mohlo podporovat přesvědčení nemocného, že nemůže jíst normální jídla. Zkušenost ukázala, že krmení pouze pomocí sondy nebo parenterální výživou není obecně úspěšné. Takové postupy jsou invazivní, mohou být fyzicky nebezpečné a pacientkám nepomáhají převzít odpovědnost za vlastní zdraví. Posiluje to jejich myšlenku, že jde o složitý problém mimo jejich kompetenci. Pro většinu pacientek je vhodné pravidelné stravování se širokým výběrem normálních jídel.

Podstatnou roli v realimentaci sehrává pravidelnost stravovacího režimu a vhodně zvolené potraviny. Dále je péče zaměřena na osvojení a upevnění správných jídelních návyků. Velmi důležitá je spolupráce s nutričním terapeutem a ostatním zdravotnickým personálem, který musí sledovat příjem zkonsumovaných živin a provádět jejich propočty. Při perorálním příjmu je nutné, aby byly sledovány laboratorní hodnoty elektrolytů v séru a v moči. Někdy je nutné dodávat elektrolyty formou parenterální. Spolupráce při perorální výživě je často komplikovaná vzhledem k tomu, že nemocní mívají různé požadavky při výběru stravy a různě manipulují s jídlem s cílem oklamat dohlížející personál. Např. nenechávají nesnědenou stravu na talíři, ale snaží se ji schovávat a tajně likvidovat.

Enterální výživa

U mentální anorexie je nutný denní přívod 165 až 190 kJ/kg (40 až 45 kcal/kg) k tomu, aby nemocní dosáhli vzestupu ve své tělesné hmotnosti. Enterální výživa je používána, pokud je znemožněn perorální příjem např. z důvodu postižení horní části trávicího traktu nebo při bezvědomí nemocného. Lze ji používat jako doplněk v kombinaci s perorální či parenterální výživou nebo může být použita jako totální zdroj výživy. Enterální výživa má pro pacienta řadu předností oproti výživě parenterální: je fyziologická, předchází atrofii trávicího traktu a uchovává jeho imunologické funkce. Pro enterální výživu jsou voleny především polymerní přípravky (nutričně kompletní tekutá výživa), někdy s přidavkem vlákniny. Vhodnější je kontinuální podávání výživy do tenkého střeva za Treitzovu řasu cestou nasojejunální sondy, čímž je zabráněno regurgitaci, zvracení nebo hromadění výživy v žaludku při časté gastroparéze. I tak je potřeba sledovat možné klinické komplikace enterální výživy, jako jsou např. změny ve vyprazdňování ve smyslu průjmu či zácpy, bolesti břicha nebo možnost aspirace. Nezanedbatelným faktorem při volbě tohoto druhu výživy je i nutnost zavedení sondy a nezbytné technické vybavení pro její podávání. Další možné komplikace mohou být spojeny právě se zaváděním nebo podáváním.

Největším nebezpečím je asi riziko vzniku realimentačního syndromu („refeeding“ syndrom). Bývá označován také jako syndrom z přeživení a toto označení vystihuje podstatu problému. Tento stav může vzniknout u pacientů, kteří byli dlouhou dobu v katabolickém stavu a mají výraznou malnutrici. Následkem agresivní realimentace vzniká tento syndrom, při kterém dochází k zvýšení oxidačních procesů, které organismu není schopen zvládnout. Vzniká hypermetabolický stav, který vede k výraznému zvýšení nároků na oběhový, respirační a gastrointestinální systém, což může vitálně ohrozit nemocného. Přetížení nutričními substráty může vyvolat život ohrožující hypofosforemii a hypomagnezémii, hypokalemii a akutní projevy deficitu mikronutrientů. Prevence hyperalimentačního syndromu spočívá v zajištění pomalého vzestupu přívodu energie, který je současně sledován adekvátním přívodem makro- a mikronutrientů, jejichž deficit by se mohl demaskovat a projevit akutními poruchami. Z tohoto důvodu je nezbytné monitorování laboratorních hodnot a pátrání po klinických projevech spojených s patologickými hodnotami.

Parenterální výživa

Tato výživa umožňuje dodat všechny potřebné substráty do krevního řečiště. Volíme mezi cestou centrálního nebo periferního žilního přístupu, podle stavu pacienta a podle stavu jeho cév. Pro výživu se používají firemně vyráběné směsi připravené ve vacích All-in-one nebo lékárnou premixované vaky podle ordinace nutričního specialisty. Multi-bottle-system se již v praxi téměř nepoužívá. Parenterální výživa stejně jako enterální může být doplňková nebo úplná.

I zde je na místě upozornit na možnost vzniku „overfeeding syndromu“, tedy syndromu z přetížení nutričními substráty. Absolutní přetížení přívodem energie s nadměrným přívodem nutričních substrátů se objevuje tehdy, jestliže nemocný, který je sice v katabolickém stavu, ale nemá výrazné projevy malnutrice a dlouhodobé deprivace přívody výživy, dostává vysoké dávky nutričních substrátů. Relativní přetížení energií a nutričními substráty se může projevit u nemocných, kteří jsou výrazně malnutriční, delší dobu trpěli nedostatečným přívodem energie a pak byli nealimentováni. Důsledkem hyperalimentace je hyperkapnie, zvýšená jaterní lipogeneze, steatóza jater a kosterního svalstva, hyperglykémie, abnormality v metabolismu elektrolytů, zhoršená fagocytóza a zvýšení energetické potřeby. Proto je nezbytná monitorace elektrolytového metabolismu a ostatních nutričních markerů. A samozřejmostí je sledování klinického stavu nemocného. Výživou se zpravidla začíná v nižších dávkách energeticky bohatých látek a aminokyselin, které se postupně navyšují.

Další možné komplikace spojené s parenterální výživou se dají rozdělit do tří základních skupin. Mezi mechanické komplikace patří veškeré problémy vyplývající ze zavádění a udržování přístupu do žilního systému. Další skupinou jsou metabolické komplikace, ke kterým kromě „overfeeding“ syndromu patří i ostatní poruchy vodní a iontové rovnováhy. Do této skupiny lze zařadit i přetížení glukózou a poruchy glukózové tolerance. Poslední skupinou jsou infekční komplikace spojené s invazivními vstupy a použitou parenterální výživou nebo zhoršením imunity, popřípadě poruchou střevní bariéry.

Pro enterální a parenterální výživu platí, že je potřebný zvýšený dohled zdravotnického personálu při jejich podávání, aby nedocházelo ze strany nemocného k pokusům o snižování dávek podávané výživy nebo k úmyslné extrakci či poškozování sond či kanyl.

Po čas realimentační léčby je samozřejmě sledována hmotnost nemocného. I zde je třeba dávat pozor na zastírací manévry nemocných^{40, 41, 42, 43, 44}.

Farmakologická léčba

Farmakoterapie u poruch příjmu potravy není metodou první volby. Podávání psychofarmak může být užitečné hlavně při nápadných poruchách vnímání vlastního těla. Vhodné je použití neuroleptik. Někdy jsou úspěšně podávána antidepresiva, která mají za úkol ovlivnit depresivní a úzkostné prožitky, strach z jídla nebo nutkavý charakter myšlenek na jídlo. Přechodně bývají hlavně na počátku léčby podávána prokinetika na úpravu motility gastrointestinálního traktu. V některých zvláště úporných případech se podávají i anabolika⁴⁵.

Psychoterapeutické metody

Psychoterapie vyžaduje delší čas a měla by automaticky navazovat nebo se prolínat s léčbou biologickou. Jako terapie sama o sobě je většinou neúčinná, protože samotná podvaha nebo jiné somatické potíže způsobené nemocí působí změny psychických funkcí a kvalit. U psychoterapie je třeba počítat s několika měsíci, ale i s podstatně delší dobou. Aplikovaná psychoterapie musí respektovat individualitu a rozdílnost osobnosti každého nemocného. Nejdůležitějším úkolem této léčby je zprostředkování pochopení povahy onemocnění pacientovi i rodině.

Psychoanalýza se zaměřuje na rozhovor pacienta s terapeutem v důvěryhodné atmosféře. Technika spočívá v odhalování, uvědomování si a zpracování nevědomých příčin psychickým komplexů, sahajících obyčejně až do ranného dětství. Terapeut všechno analyzuje a vrací zpět pacientovi ve správném čase, čímž pacient dochází k sebepoznání. Když jsou potlačeny obavy a jsou odkryty důležité konflikty, vyléčí se jimi vyvolaná anorexie.

⁴⁰ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 159-164.

⁴¹ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L.: *Klinická výživa psychiatrii*. str. 171-172.

⁴² BENEŠOVÁ, D., MIČOVÁ, L.: *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií (Recepty a rady lékaře)*. str. 12-15.

⁴³ ZADÁK, Z.: *Výživa pro intenzivní péči*. str. 219-319.

⁴⁴ KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. str. 50-54.

⁴⁵ NĚMEČKOVÁ, P.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 155-157.

Kognitivně behaviorální terapie využívá úmyslnou změnu chování se zaměřením na nácvik správných jídelních zvyklostí. Anorektik se z počátku učí uvolnit mysl a vytváří si postupně smysluplný postoj k jídlu. Tato terapie je jednou z neúčinnějších metod.

Skupinová terapie se snaží u nemocného o co nejjednodušší vybavení si podvědomých příčin své nemoci. Učí ho řešit problémy každodenního života. Terapie probíhá formou diskuse a rozhovoru ve skupině 6-12 nemocných, kteří se scházejí několikrát týdně v ordinaci psychoterapeuta. Terapeut je v úloze nedirektivního posluchače, který však řídí a usměrňuje průběh diskuse.

Rodinná terapie přivádí do podvědomí nemocného narušené vztahy v rodině a snaží se tyto negativní emoce vyřešit s cílem pozitivních sociálních vztahů v rodině. Důležité je, aby se rodina zapojila do léčebného procesu, přičemž je nezbytné, aby dala najevo, že zdrojem problémů není jen nemocný sám.

Vnímání sama sebe je technika založená na vnímání zevního těla a má nemocné naučit, jak nahlížet na svůj zevnějšek.

Somatopsychoterapie je dnes velmi využívanou alternativní metodou v pokročilé fázi léčby. Tato léčba se pokouší obnovit celistvost těla, psychiky a duševního života různými technikami, zaměřenými na prolínání psychiky a somatiky. Cílem je posílení pocitu sebedůvěry a sebeúcty. Ze somatopsychoterapeutických metod se u léčby poruch příjmu potravy může používat např. artherapie, ergoterapie, hippoterapie, fototerapie, aromaterapie, homeopatie nebo různá relaxační cvičení.

Další možností v léčbě jsou svépomocné metody, které lze využívat po zvládnutí počátečních fází nemoci a které navazují na psychiatrickou léčbu po ukončení hospitalizace nebo ambulantní léčby. Do této skupiny metod patří skupinová terapie vedená psychoterapeutem nebo nácvik autogenního tréninku či autosugesce⁴⁶.

1. 10 Ošetrovatelská péče v intenzivních oborech

Jak je patrné z předchozích kapitol, při těžkých malnutričních stavech může docházet k těžkým komplikacím, kdy dochází k selhávání důležitých orgánových funkcí. Pacienti, kteří jsou ohroženi na životě, jsou hospitalizováni na odděleních ARO nebo JIP, kde je

⁴⁶ KRCH, F. D., a kol.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 123-150, 165-215.

nutná monitorace vitálních funkcí, popř. jejich podpora. V některých případech je nutná UPV.

Obecně lze říci, že intenzita ošetrovatelské péče o pacienty s poruchami příjmu potravy závisí na tíži stavu, předpokládaném vývoji choroby s ohledem na možné komplikace. Zároveň koresponduje s naplánovaným diagnosticko-terapeutickým procesem. Obtížnost péče je navíc umocněna faktem, že poruchy příjmu potravy jsou především onemocněním duše. Náročnost péče je tedy přímo závislá na ochotě spolupráce ze strany pacienta.

Mezi nejdůležitější úkoly sestry patří:

- monitorace fyziologických funkcí
- sledování vzhledu a projevů nemocného
- komunikace s nemocným, péče o jeho psychickou pohodu
- shromažďování informací o pacientovi
- sledování stavu vědomí
- plnění ordinací lékaře, spolupráce při diagnostických a terapeutických výkonech
- příprava na jednotlivá vyšetření a ošetření po nich
- odběry biologického materiálu, sledování a předávání výsledků
- měření příjmu a výdeje tekutin
- spolupráce s nutričním terapeutem, zapisování jídelního deníku, sledování hmotnosti
- péče o invazivní vstupy, ošetřování ran
- spolupráce s fyzioterapeuty
- vedení dokumentace, plán edukace pacienta
- spolupráce s rodinou.

Ošetrovatelská péče by měla být aktivní, zaměřená na individuální potřeby pacienta a vykonávána formou ošetrovatelského procesu.

1. 11 Prognóza poruch příjmu potravy

Mentální anorexie může probíhat jako jediná epizoda s úplnou remisí anebo chronicitou, ale také ve formě opakujících se epizod v průběhu několika let. Podle většiny současných údajů se asi 40 % pacientů s diagnózou anorexie uzdraví úplně a 30 % se zlepší. Normální tělesnou hmotnost získá v průměru 50 % anorektiček a 70 až 90 % z nich začne menstruovat. Přibližně 20 % zůstává nezlepšených nebo se zhoršuje. A 2 – 5 % případů končí letálně (suicidiem nebo smrtí v důsledku metabolického rozvratu či jiných somatických komorbidit).

Indikátorem příznivé prognózy je dobrá premorbidní úroveň psychosociálního přizpůsobení, začátek v časném věku, menší extrémní úbytek váhy a uvědomění si svého stavu. Naopak mezi indikátory špatného vývoje nemoci patří premorbidní nepřizpůsobivost, nízký sociální status, extrémní úbytek na váze a zásadní odmítání přiznání si vlastního stavu.

Prognóza bulimie je poněkud příznivější než anorexie. Přibližně 80 % nemocných se při komplexní léčbě uzdraví, přesto asi u jedné čtvrtiny tzv. uzdravených bulimiků přetrvávají abnormality ve stravovacích návycích. Úmrtnost u bulimie nepřesahuje 2 % a nejčastěji uváděnou příčinou smrti bývá malnutrice, suicidium nebo alkoholismus.

Poruchy příjmu potravy představují velmi heterogenní skupinu poruch s přiměřeně variabilním průběhem a prognózou. Proto se často dlouhodobé studie zaměřené na prognostické údaje liší v závislosti na kritériích hodnocení, výběru pacientů a době jejich sledování.

Návrat k normálnímu životu je velice svízelný, protože anorexie i bulimie začínají v době velkých životních změn jedince. Nemocní jsou ochuzeni o přirozenost dospívání tj. ideální dobu, kdy ostatní objevují kontakty s vrstevníky, experimentují s uvolňováním rodiny a hledají vlastní nezávislou identitu s vlastními životními cíly. Ztráta přátel může být zvláště pro stydlivé jedince důvodem setrávat v nemoci. Proto je důležité znovu najít rozumné cíle a změnu životního stylu ^{47, 48, 49}.

⁴⁷ SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. str. 308.

⁴⁸ NĚMEČKOVÁ, P.: *Poruchy příjmu potravy*. str. 155-157.

⁴⁹ PAPEŽOVÁ, H.: *Anorexia nervosa*. str. 25.

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

V této části bych chtěla jednou kazuistikou názorně demonstrovat ošetřovatelskou problematiku péče o pacienta s poruchou příjmu potravy. Zároveň je tato kazuistika zdrojem informací pro další empirickou část. Pro přehlednost informací je podobně strukturována.

2. 1 Kazuistika pacientky s mentální anorexií

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. M.

Oslovení: slečno M.

Rok narození: 1980

Věk: 25 let

Pohlaví: ženské

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: rodiče

Rodinný stav: svobodná

Zaměstnání: nezaměstnaná

Vzdělání: vysokoškolské

Národnost: česká

Hospitalizace: 2. 12. 2006 – 11. 1. 2007 (JIP II. Interní kliniky)⁵⁰

Lékařská anamnéza a diagnóza:

Nynější onemocnění:

Pacientka s letitou anamnézou mentální anorexie byla hospitalizována pro extrémní kachexii provázenou sekundární amenoreou na I. Interní klinice od 10/2006, kam byla přivezena RZP pro bradykardii 35/min a hypoglykémii 1,4 mmol/l (hmotnost při přijetí

⁵⁰ Data ze zdravotnické dokumentace.

21,5 kg). Za hospitalizace přechodně nutnost UPV pro selhání respiračního svalstva. Po extubaci vývoj subglotické stenózy trachey šíře asi 5 mm vedoucí k opětovné respirační insuficienci. Pro hrozící záduchu byla přeložena na ORL FN Motol, kde byla provedena urgentní chirurgická tracheostomie ve výši 4. tracheálního prstence. V pooperačním období rozvoj febrilií kolem 38 °C., započato s podáváním ciprofloxacinu. K další nutriční péči pacientka přeložena na naši JIP. V aktuálním stavu těžké protein-energetické malnutrice není jakýkoli rekonstrukční výkon na dýchacích cestách možný.

Somatický nález:

Extrémně kachetická pacientka s úbytkem svalové hmoty i tuku, při TSK komunikuje pouze mimoslovně, event. psaním, TT 37,4 °C, TK 100/65, akce srdeční pravidelná 114/min, výška 152 cm, váha 24 kg.

Orientační neurologický nález: lucidní, spolupracuje, bez lateralizace a meningeálních příznaků.

Hlava: prořídlý vlasový porost, strup na temeni, oční motorika v normě, zornice izokorické, skléry bílé, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem.

Krk: karotidy +/+, náplň žil přiměřená, uzliny nehmatné, tracheostomie s klidným okolím.

Hrudník, ventilace: poklep jasný, dýchání sklípkové zhrubělé při TSK, bez zjevných vedlejších fenoménů.

Oběh: AS pravidelná, ozvy srdeční 2, ohraničené.

Břicho: pod niveau, peristaltika přítomna, poklep diferencovaný, bubínkový, břicho měkké, nebolestivé, bez rezistence, játra a slezina nezvětšeny, tapottement oboustranně negativní.

Končetiny: bez otoků a známek HŽT, bez trofických změn.

Kůže: nižší turgor, normální kolorit, prořídlá kožní adnexa, proleženina v oblasti kostrče.

EKG: sinusový rytmus, AS pravidelná 114/min, PQ 0,14, QRS 0,08, ST izo, T+, bez ischemických změn.

Osobní anamnéza: běžné dětské nemoci, žádné vážnější onemocnění

Gynekologická anamnéza: menstruace od 13 let, nyní od 17 let nemenstruuje. Těhotenství, UPT a porody 0. Na pravidelné gynekologické prohlídky nechodí.

Rodinná anamnéza: Otec 58 let, léčí se pro hypertenzi, pracuje jako inženýr. Matka 52 let, zdravá, pracuje jako výzkumný pracovník. Sourozence nemá a nikdo z příbuzných se netrpí psychiatrickou poruchou.

Sociální anamnéza: žije s rodiči

Alergická anamnéza: senná rýma

Farmakologická anamnéza: 0

Abúzus: káva 1xdenně, kouření i požívání alkoholu neguje

Celkové hodnocení:

Mentální anorexie, těžká protein-energetická malnutrice, sekundární amenorea

St.p. urgentní chirurgické tracheostomii v úrovni 4. prstence pro subglotickou postintubační stenózu trachey s hrozící záduchou dne 1.12.2006

St.p. UPV při metabolickém rozvratu při základním onemocnění

Ageneze ledviny dle dokumentace ⁵¹

Diagnosticko-terapeutická péče:

Fyziologické funkce

Fyziologické funkce byly u pacientky sledovány téměř nepřetržitě, byla napojena na monitor vitálních funkcí. Hodnoty byly zapisovány do dokumentace denního záznamu po stabilizaci stavu po jedné hodině. Při příjmu známky tachykardie a hypotenze. Akce srdeční byla pravidelná, sinusového rytmu. Tachykardie byla v průběhu léčby upravena medikací, hypotenze přetrvávala. Saturace byla udržována v mezích normy. Důležitá v tomto bodě byla hygiena dýchacích cest, péče o tracheostomickou kanylu, terapeutické působení nebulizací a dechové rehabilitace. Tělesná teplota nabývala v prvních dnech patologických hodnot. Pacientka měla subfebrilie až febrilie jako následek infekčních komplikací. Po léčbě antibiotiky byla po zbytek hospitalizace afebrilní.

Dále byl u pacientky měřen centální žilní tlak (dále jen CVP) od 5. 12., kdy jí byla zaveden centrální žilní katétr. CVP se pohyboval v rozmezí 0 až +8 cm vodního sloupce.

⁵¹ Data ze zdravotnické dokumentace.

Hmotnost byla kontrolována denně a to pravidelně, každé ráno před hygienou a snídaní. Vstupní hodnota byla 24,8 kg. Před překladem na standardní oddělení pacientka vážila 32,2 kg.

Stav vědomí byl u pacientky v pořádku. Byla při vědomí a plně orientovaná. Spolupráce s ní byla obtížná. Po počáteční poměrně bezproblémové spolupráci se začaly objevovat změny v chování ze strany pacientky – drobné manipulativní lži a polopravdy směrem k personálu i rodině.

Laboratorní vyšetření

Tabulka č. 1.: Hematologické vyšetření:

	2. 12. 2006	Referenční hodnoty	10. 1. 2007
Leuko	13,7	3,9-10,0 x 10 ⁹ /l	7,4
Ery	2,6	3,6-5,0 x 10 ¹² /l	3,73
Hb	81	120-160 x g/l	116
Htk	0,242	0,340-0,460	0,353
Obj. ery	93,3	84-105 fl	94,6
b.konc	0,33	0,30-0,37	0,33
Trombo	356	150-400 x 10 ⁹ /l	407
FW	40/73	muži 3-8/5-18 mm ženy 6-11/6-20 mm	11/30

V krevním obrazu byla z počátku patrná leukocytóza, která spolu s vysokými hodnotami sedimentace poukazovala na možnost probíhajícího zánětu. Další patologickou známkou byla anémie, která se také postupem léčby výrazně upravila.

Tabulka č. 2.: Koagulační vyšetření:

	5. 12 2006	Referenční hodnoty	10. 1. 2007
Qt s	14 s	9,8-14,0 s	13 s
INR	1,3	0,9-1,20	1,1
APTT	33 s	25-40 s	32,5 s

Tabulka č. 3.: Biochemické vyšetření:

	5. 12. 2006	Referenční hodnoty	10. 1. 2007
Urea	1,9	2,5-8,0 mmol/l	3,0
Kreatinin	18	60-110 μ mol/l	30
Kys. močová	107	160-350 μ mol/l	134
Na	137	137-141 mmol/l	132
K	4,3	3,6-4,9 mmol/l	4,4
Cl	106	97-108 mmol/l	98
Ca	2,10	2,20-2,60 mmol/l	2,32
Mg	0,85	0,70-1,07 mmol/l	0,70
P	1,62	0,60-1,65mmol/l	1,43
Fe	4,8	4,0-30,0 μ mol/l	9,5
Transferin	4,8	2,0-3,4 g/l	2,0
Bilirubin celk.	6,0	5,0-20 μ mol/l	5,0
ALT	0,50	0,25-0,75 μ kat/l	0,28
AST	0,61	0,30-0,75 μ kat/l	0,41
ALP	1,70	0,60-2,60 μ kat/l	1,70
GMT	0,43	0,10-0,90 μ kat/l	0,30
CRP	77	0,0-3,0 mg/l	16,5
Celk. bílkovina	56	65-82 g/l	61,0
Albumin	31,9	36-53 g/l	38,1
Prealbumin	0,08	0,18-0,40 g/l	0,18
Triglyceridy	0,70	0,7-1,9 mmol/l	0,80
Cholesterol celk.	3,10	3,6-5,2 mmol/l	2,60
Glykémie	4,50	3,7-6,4 mmol/l	4,30

Z biochemických vyšetření byly sledovány především hodnoty jednotlivých iontů a nutriční parametry. Dále byly pravidelně kontrolovány hodnoty renálních funkcí, jaterních testů a zánětlivých parametrů. Glykémie byla kontrolována 4x denně.

Tabulka č. 4.: Moč chemicky + sediment + odpady v moči:

	5. 12. 2006	Referenční hodnoty	10. 1. 2007
pH	7	5-7	7
Bílkovina	0	0	0
Glukóza	0	0	0
Ketolátky	0	0	0
Urobilinogen	0	0	0
Bilirubin	0	0	0
Krev	1	0	0
Sed.- ery	36	0-15 el/ul	14
Sed.- leuko	1	0-25 el/ul	4,0
Sed.-epitelie	0	dlažd. 0-30, kulaté 0-5 el/ul	dlažd. 1
Sed.-válce	0	nepatol. 0-5, patol. 0 el/ul	0
Sed.- bakterie	620	0-3500 el/ul	151
Urea	117	160-580 mmol/l/24 hod	176
Krea	3,1	7,0-15,8 mmol/l/24 hod	4,1
Na	316,7	120-220 mmol/l 24 hod	127,6
K	129,9	35-100 mmol/l/24 hod	47,2
Cl	347	110-270 mmol/l/24 hod	133

Mikrobiologická vyšetření:

Závažným nálezem byl průkaz Methicillin rezistentního kmenu *Staphylococcus aureus* (MRSA) ze sakrálního dekubitu a ze sekretu z dýchacích cest již na počátku hospitalizace. Vzorky pro kontrolní mikrobiologická vyšetření byly odebírány opakovaně, ale výskyt tohoto patogenu se nepodařilo eradikovat. Nález MRSA přetrvával na sakrálním dekubitu, na vzorcích z extrahovaných tracheostomických kanyl, ve výtěru z nosu a krku. Později byla MRSA kultivována i z konců žilních katétrů po extrakci.

Diagnosticko-terapeutické výkony

V průběhu hospitalizace byla opakovaně prováděna skiografie hrudníku pro kontrolu uložení CŽK, TSK a pro vyloučení čerstvých ložiskových změn. Dalším opakovaným vyšetřením byla sonografie břicha, kde byl prokázán sludge žlučníku, výrazné zmenšení levé ledviny a kompenzatorní zvětšení pravé ledviny. Ostatní nález byl normální. Z konsilií byly během pobytu na JIP nezbytné pravidelné kontroly ORL lékařem. TSK byla pravidelně vyměňována. Během hospitalizace byla provedena také bronchoskopie a následně direktní hypopharyngoskopie a laryngoskopie v celkové anestezii. Byl potvrzen nález subglotické stenózy trachey a indikována resekce postiženého úseku. Tento výkon byl odložen vzhledem k neuspokojivému nutričnímu stavu. Realistický odhad byl 1-2 roky. Dále byla pacientka sledována traumatologem pro defekt v okcipitální oblasti, který vznikl při pádu během pobytu na I. interní klinice. Tento defekt se hojil hypeggranulací, proto byl dle ordinace

z chirurgické ambulance ošetřován roztokem AgNO₃. Další somatickou komplikací byla peroneální paréza na obou dolních končetinách. Pacientka byla vyšetřena neurologem, který doporučil používání peroneálních pásek a intenzivní rehabilitaci.

Stav pacientky byl od začátku konzultován s psychiatrem. Psychiatrické vyšetření pacientky se uskutečnilo 15. 12.: 25-letá pacientka, VŠ, v péči úplné rodiny, sourozenci 0. Anamnesticky pacientka s mnohaletou anamnézou mentální anorexie, v péči psychiatrie nebyla, farmakoterapie z psychiatrické indikace neužívala, dle pac. nepravidelně docházela na individuální psychoterapie, spolupracovala s dietní sestrou, hospitalizace na psychiatrii 0. Opakované hospitalizace pro extrémní kachexii, nyní byla hospitalizována v kritickém stavu s hmotností asi 21 kg, dle pac. nyní asi 24 kg. Pro respirační insuficienci zavedena tracheostomie. Objektivně lucidní, neverbální kontakt ochotně navazuje, komunikuje písemnou formou. Kachetická pac., psychomotor. tepmo celkem v mezích, forie pokleslá, depresivní ladění, mimika a gestikulace bez nápadností, suicidální myšlenky a tendence neguje. K problematice nízké hmotnosti je kritická jen částečně. Ví, že by měla přibrat asi na 45 kg. Má pocit, že vše zvládne sama. Představu, jak přibrat ale moc nemá. Bez většího náhledu na somatický stav. Myšlení, vnímání bez psychotických fenoménů, písemný projev koherentní. Nyní celkem motivovaná k další terapii, k hospitalizaci na psychiatrii spíše odmítavé stanovisko, ale je přístupná vysvětlení. Nutnost hospitalizace na metabolické jednotce chápe.

Závěr: Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie, extrémní kachexie.

Doporučení: Po stabilizaci somatického stavu dop. překlád na lůžkové oddělení psychiatrie-vhodná metabolická jednotka psychiatr. kl. Ke Karlovu (kontaktovat Doc. Papežovou). Naše kontrola dle potřeby.

Invazivní vstupy

Z předchozího oddělení byla zavedena TSK, PK, a PMK. Po přijetí byly preventivně veškeré invazivní vstupy vyměněny. Periferní kanyla byla 5. 12. nahrazena jednocestným centrálním žilním katétre z důvodu nutnosti adekvátní nutriční podpory. Veškeré vstupy byly pravidelně ošetřovány a vyměňovány.

Farmakoterapie

Parenterální výživa: Clinomel N4 + 1 amp. Soluvit, Tracutil a Vitalipid 30-40 ml/h

Infúzní terapie: FR + 7,45% KCl + 13,6% KH₂PO₄ dle ordinace lékaře

Antibiotika: Ciphin 200 mg i.v. á 12 hod

Nebulizace: Mukosolvan á 8 hod

Perorální léky:

Helicid 20 mg, Vasocardin 25 mg, Hylac forte gtt, Calcium eff., Aktiferrin,

Injekční léky:

Novalgin 1 amp. i.v. při bolestech nebo při TT nad 38 °C

Superanabolon 1 amp. i.m. obden

Přehled jednotlivých léků včetně jejich generických názvů, indikační skupiny a příkladů možných nežádoucích účinků je uveden v příloze č. 1.

Dietoterapie a pohybový režim

Pacientka měla lékařem předepsanou výběrovou dietou bez omezení, na které se pravidelně domlouvala s nutriční terapeutkou. O klíčovém významu výživy byla opakovaně poučována.

Pohybový režim byl bez omezení. Rehabilitace byla zaměřena především na dechová cvičení s nácvikem odkašlávání a udržení hybnosti⁵².

Stručný průběh hospitalizace

25-letá nemocná s letitou anamnézou mentální anorexie byla hospitalizována pro extrémní kachexii provázenou sekundární amenoreou na I. Interní klinice od 10/2006. Za hospitalizace přechodně nutnost UPV pro selhání respiračního svalstva a hyperhydrataci. Po extubaci vývoj subglotické stenózy trachey asi 5 mm od glottis vedoucí k opětovné respirační insuficienci. Pro hrozící záduchu byla přeložena na ORL FNM, kde provedena urgentní chirurgická tracheostomie. K další nutriční péči byla pacientka přeložena na naši JIP. V aktuálním stavu těžké protein-energetické malnutrice nebyl jakýkoli rekonstrukční výkon na dýchacích cestách přijatelný. Za hospitalizace u nás byla podávána plná parenterální výživa, současně jsme se snažily o nácvik perorálního příjmu. Pacientka byla v každodenním kontaktu s nutričním terapeutem, se kterým průběžně řešila optimální

⁵² Data ze zdravotnické dokumentace.

složení a energetickou hodnotu stravy. Po počáteční poměrně bezproblémové spolupráci se však objevilo chování běžně pozorované u nemocných s mentální anorexií – drobné manipulativní lži a polopravdy, jak směrem k lékařům, sestřám a nutričním terapeutům, tak směrem k rodičům, s cílem minimalizovat kalorický příjem. Z metabolického hlediska se stav nemocné výrazně zlepšil, bylo dosaženo anabolického stavu, zmnožila se svalová hmota, hladina sérových proteinů dosahovala téměř normálních hodnot, sakrální dekubit se úspěšně hojil a nemocná plně rehabilitovala. Z interního hlediska přetrvával problém kolonizace MRSA, který byl opakovaně prokázán ve stěru z dekubitu a dýchacích cest. Bylo rozhodnuto o možnosti propuštění do domácího ošetřování s nutností pravidelných kontrol ORL lékařem s výměnami TSK a dále s potřebou pokračující spolupráce s nutričním terapeutem a lékařem metabolické poradny. Nemocná byla opakovaně poučena o tom, že klíčový význam pro další vývoj choroby má adherence k psychiatrické léčbě. Bylo jí zajištěno ambulantní vyšetření na Psychiatrické klinice VFN s výhledem hospitalizace na oddělení specializovaném na danou problematiku. Nemocná s navrženým postupem souhlasila⁵³.

Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu pacienta

Základní fyziologické potřeby:

Bolest

Doma před přijetím slečna M. žádné bolesti neměla a nebyla zvyklá užívat nějaké léky na tlumení bolesti. Nyní si stěžuje na bolest v ráně na hlavě, kterou má po pádu z hospitalizace na předchozím oddělení. Také udává tlak v oblasti tracheostomické kanyly. Na bolest v souvislosti s dekubitem v sakrální oblasti si nestěžuje. Žádná analgetika zatím nepotřebuje. Jiné obtíže také nejuje.

Dýchání

Pacientka nikdy neměla žádné obtíže s dýcháním a netrpí žádným chronickým onemocněním postihujícím dýchací systém. Nikdo z rodiny včetně pacientky nekouří. Při přijetí dýchala spontánně tracheostomickou kanylou. Dýchání bylo čisté bez vedlejších fenoménů s frekvencí 24/min. Tracheostomická kanyla jí byla zavedena urgentně pro postintubační stenózu trachey. Okolí kanyly bylo při příjmu zarudlé, ale okolní krytí

⁵³ Data ze zdravotnické dokumentace.

čisté. Kanyla byla průchodná, odsávali jsme podle potřeby. Sputum bylo bělavé a řídké. Výměna kanyly byla prováděna pravidelně v rámci ORL konzilií. Převaz tracheostomie byl prováděn vždy ráno po hygieně dle potřeby a při znečištění. Pacientka dýchala volně přes tzv. umělý nos. Dle ordinace lékaře jí byla podávána nebulizace s Mukosolvanem (podávání inhalace nebulizátorem). Pacientka byla poučena a nabádána k dechové rehabilitaci. Postupně se naučila i samostatnému vykašlávání. V průběhu hospitalizace se potvrdila diagnóza zúžení trachey a nezbytnosti ponechání tracheostomické kanyly i do domácího léčení. Rekonstrukční operační výkon byl v té době nemožný pro výraznou kachexii a malnutrici pacientky.

Výživa

Hmotnost slečny M. před hubnutím byla v 15 letech asi 44 kg při výšce 152 cm. Ve věku 16 let začala vynechávat sladká a tučná jídla, později omezovala jídlo na menší porce. Přitom pro větší efekt diety usilovně cvičila. Nyní je zastáncem zdravé výživy. Preferuje potraviny s nízkým obsahem tuků, cukrů a rostlinnou stravu (ovoce a zeleninu). Přiznává, že přepočítává kalorický příjem jídel a vede si stravovací deník. Doma se prý stravuje normálně, nehladoví. Denní příjem tekutin udává v rozmezí 4 až 6 litrů za den. To se jí zdá také normální. Má ráda bylinkové a ovocné čaje.

Pacientka má trvalou horní zubní náhradu, která jí nedělá žádné potíže. Na návštěvě u zubního lékaře byla asi před půl rokem. Ostatní obtíže v dutině ústní (např. poranění, afty, soor,...) neguje.

Při přijetí na I. Interní kliniku vážila 21,5 kg, BMI 9. Na naše oddělení JIP byla přeložena 2. 12. 2005, kdy vážila 24 kg, BMI 10. Na oddělení dochází denně nutriční terapeut, který se věnuje individuálně každému nemocnému a při přijetí vypracovává nutriční anamnézu. Podle nutričního screeningu pacientka dosáhla 10 bodů (příloha č. 2) - to znamená bezpodmínečnou nutriční léčbu. Při přijetí byla také provedena nepřímá kalorimetrie. Toto vyšetření pomohlo k nastavení realimentačního postupu. Dále byl pacientce změřen tuk pomocí bioimpedance. Hodnota byla neměřitelná. Po konzultaci s nutričním terapeutem byla pacientce indikována výběrová dieta. Individuálně složená strava v kombinaci s parenterální výživou, která byla podávána cestou PK a později cestou CŽK. Z důvodu přítomnosti tracheostomické kanyly byla nutná mechanická úprava stravy. Strava byla doplňována sippingem v množství jednoho balení denně. Spolupráce s pacientkou byla náročná. V průběhu hospitalizace se začalo u pacientky objevovat chování

běžně pozorované u nemocných s mentální anorexií- manipulativní techniky, polopravdy a lži, s cílem minimalizovat kalorický příjem. Pacientka začala např. vyžadovat delší pauzy od parenterální výživy, schovávala nedojedené jídlo, nadměrně cvičila, při výběru stravy požadovala nízkokalorické výrobky, pila excesivní množství tekutin ve snaze snížit chuť k jídlu a zvýšit hmotnost před ranním vážením. Byla opakovaně poučována lékaři a nutričními terapeuty o nevhodnosti svého chování. Paradoxně zjištěním výskytu MRSA infekce došlo k zavedení přísného bariérového režimu, čímž se usnadnilo hlídání pacientky v rámci její manipulace s jídlem. Dále byla poučena o omezení příjmu tekutin.

Každý den propočítávaly nutriční terapeutky bilanci příjmu živin podle jídelních záznamů, který během dne zapisoval ošetřující personál. Výsledky propočtů byly spolu s laboratorními výsledky každý den konzultovány na ranních vizitách a podle nich se určovalo další složení a poměr výživy.

U slečny M. docházelo k postupnému navyšování hmotnosti a na konci hospitalizace cca po 40 dnech léčby na metabolické jednotce vážila 32,2 kg (BMI 14). To je nárůst zhruba o 10 kg od začátku problémů, kvůli kterým musela být hospitalizována. Pacientka byla poučena o závažnosti své diagnózy a seznámena s dalším léčebným plánem v metabolické poradně. Byla jí zdůrazněna nutnost a význam psychiatrické léčby. Odmítla hospitalizaci na oddělení poruch příjmu potravy, proto jí byla dohodnuta ambulantní psychiatrické léčba.

Pro názornost jsou v příloze č. 3 vyobrazeny fotografie slečny M. ze začátku hospitalizace a po téměř roční ambulantní léčbě v metabolické poradně. V té době vážila cca 40 kg.

Osobní hygiena

Slečna M. byla v hygieně soběstačná. Nevyžadovala pomoc ošetrovatelského personálu. K hygieně i následné péči o kůži používala vlastní kosmetiku. Její kůže byla suchá a popraskaná. Vlasy měla velmi prořídle a neupravené, nehty polámané. Pacientka byla přijata s dekubitem v sakrální oblasti III. stupně, velikosti 3x5 cm (fotografická příloha č.4). Dekubit byl povleklý, granulace minimální, s malou sekrecí a minimálním zápachem, okolí bylo zarudlé. Podle rozšířené stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitu dosáhla pacientka 21 bodů, což představuje střední riziko (viz příloha č. 5). Dalším defektem byla sutura tržné rány po pádu v okcipitální oblasti hlavy. Tato rána byla také povleklá s malou sekrecí. Obě rány byly v průběhu hospitalizace ošetřovány prostředky pro vlhké hojení ran na doporučení sestry pro léčbu ran.

7. 12. 2006 byla hlášena MRSA pozitivita z mikrobiologických vyšetření stěru dekubitu a ze sputa. Pacientka i rodina byla informována o přítomnosti těchto nežádoucích mikroorganismů a poučena o bariérovém hygienickém přístupu. Pacientka pak používala speciální antibakteriální přípravky pro hygienu rukou, kůže, dutiny ústní. Byly upřednostňovány pomůcky na jednorázové použití. Byly dodržovány veškeré doporučení dle standardu a pravidelně byly prováděny kontrolní odběry na mikrobiologická vyšetření. Paradoxně zpřísněným izolačním režimem bylo usnadněno uhlídání pacientky v rámci její manipulace s jídlem.

Z invazivních vstupů, které narušovaly kožní integritu nebo zvyšovaly riziko vzniku infekce, měla pacientka zavedenou PK, později CŽK, TSK a PMK. Vizualně se tyto vstupy zdály být při přijetí dobře ošetřeny a veškerá fixační lepení a krytí působila čistě. V průběhu hospitalizace byly invazivní vstupy nadále ošetřovány a pravidelně vyměňovány podle platných standardů.

Vylučování

Močení bylo bez problémů, doma chodila na toaletu pravidelně 10-15 krát za den, což se zdá adekvátní jejímu zvýšenému příjmu tekutin. Diuretika prý neužívala. Během hospitalizace byl pro přesné bilancování tekutin a potřebu sběrů moče pro biochemická vyšetření pacientce zaveden permanentní močový katétr. Katétr byl napojen na sběrný močový sáček a diuréza byla sledována po 4 hodinách. Moč byla viditelně bez patologických příměsí. Na bolestivost či pálení ve spojitosti s cévkou si nestěžovala, ale přiznala, že by byla raději, kdyby ji nemusela mít. U pacientky bylo dohlíženo na důkladnou hygienu v oblasti katétru a katétr byl pravidelně vyměňován podle standardu. Po vyjmutí katétru močila pacientka bez obtíží.

Stolici udávala pacientka pravidelnou, bez patologických příměsí, 1-2 krát denně. Užívání laxativ popírala. I z překladové zprávy je patrné, že s touto potřebou nemá potíže. Na našem oddělení pacientka vykonávala tuto potřebu nejprve na podložní mísu či na přenosné WC u lůžka. Postupem času byla odpojována pro použití běžného WC pro pacienty na chodbě oddělení.

Spánek a odpočinek

Slečna M. udává, že v poslední době spala „různě“. Někdy usínala bez problémů a někdy měla potíže se usínáním. Stěžovala si na různé sny, které nebyly příjemné. Ráno se

po probuzení cítila nevyspalá, bez zájmu a bez chuti dělat cokoliv. Spává zhruba 6 až 8 hodin. Pospávat přes den nebyla zvyklá. Od přijetí do nemocnice udávala nespavost, kterou přičítala rušivým vlivům z okolí (monitory, ostatní pacienti,...) a také potřebě odsávání z TSK během noci. Objektivně spala pacientka dobře, léky na spaní neužívala. Pospávala někdy i přes den, většinou po obědě před příchodem návštěv. Večer před spaním měla rituál čtení, luštění křížovek nebo psaní dopisů, snědla druhou večeři a brzy na to usnula. Po přerušení spánku při odsávání z TSK bez problémů usnula. Brzké buzení v nemocnici jí nevyhovovalo, ale chápala, že určitý režim je nutný.

Tělesná a psychická aktivita

Slečnu M. baví sport. Nejráději má kolečkové brusle, koloběžku a dlouhé procházky se psem. Ráda chodila do školy. Má vysokoškolské vzdělání v oboru konstrukce leteckých motorů. Stále se zajímá o novinky ve svém oboru. Po skončení vysoké školy se prý snažila zdokonalovat v cizích jazycích. Je nezaměstnaná, ale práci si prý hledá. Doma a na chatě prý pomáhá mamince s domácností, doprovází ji při nákupu a stará se o svého psa. O žádných přátelích nemluví.

Od počátku hospitalizace na naší JIP je pacientka soběstačná. Obsluhuje se sama, od ošetřovatelského personálu vyžaduje jen mírnou pomoc. Podle Barthelova testu základních všedních činností dosáhla 50 bodů, což znamená lehkou závislost (viz příloha č.6). Součástí vstupní ošetřovatelské anamnézy bylo také zhodnocení rizikových faktorů pro vznik pádu, kde pacientka splnila 4 body, což znamená riziko pádu (viz příloha č. 7). Během pobytu v nemocnici byla pacientka spokojená s rehabilitací. Vyhovoval jí nácvik chůze a posilovací cviky. Objektivně působila pacientka odpočatým a až aktivním dojmem, neustále sledovala dění na oddělení. Občas jsme ji museli omezovat v jejích aktivitách. Snažila se tajně cvičit na lůžku i vedle něj (různé modifikace kliků, dřepů, běhu apod).

Teplo a pohodlí

Slečna M. udávala, že nemá žádné zvláštní nároky na tělesné pohodlí. Doma jsou prý běžně zařízeny a většinu času tam tráví ve svém pokoji, kde i spí. U nás byla pacientka uložena na moderní polohovatelné lůžko na 4-lůžkovém pokoji JIP, které bylo vybaveno antidekubitní statickou matrací. K pohybu na lůžku jí pomáhaly postranice v horní části lůžka a také hrazdička. Postranice a níže nastavená výška lůžka jí dávaly pocit bezpečí před možným pádem. Vedle lůžka měla pojízdný stoleček, ve kterém měla uložené své osobní věci, především toaletní potřeby, ale také mobilní telefon, malé přenosné rádio a časopisy.

Sexuální potřeby

Menstruaci měla pacientka od 13 let, byla nepravidelná po 30-35 dnech s intervalem krvácení 3-5 dní. Nyní nemenstruuje od 17 let. Těhotná nikdy nebyla, přítele nemá. Antikoncepční tabletky nikdy neužívala. Na gynekologické prohlídce byla jen v rámci vstupního vyšetření na vysoké škole.

Psychosociální a existencionální potřeby:

Vnímání zdraví

Problémy s jídlem u slečny M. začali v 16 letech, kdy prý začala hubnout velmi intenzivně. Začaly jí překážet ženské tvary. Chtěla se raději podobat chlapcům. Významným faktorem na vznik nemoci by také mohl být vliv jejího otce, který je údajně alkoholik a chová se velmi despoticky.

Nynější situaci připisuje k stresovému vypětí při dokončování vysoké školy, hledání si práce a tím spojených různých pohovorů. Říká, že má velký zájem na zlepšení svého zdravotního stavu a věří, že vánoční svátky stráví doma.

Jistota a bezpečí

Slečna M. byla hospitalizována opakovaně a na různých odděleních. Proto ji příjem do nemocnice nijak zvlášť nezaskočil. Rozrušená byla jen z některých vyšetření a neustálých přesunů na nová oddělení. Měla problémy se přizpůsobovat a nerada si zvykala na nové lidi. Také měla obavu, že se jí „neupraví dýchání“ a nebude moci mluvit. Navíc někdy udávala pocit strachu sama ze sebe. Měla pocit, že je k ničemu a že nic nezvládne. I doma mívala podobné pocity. Stres řešila dlouhými procházkami se psem nebo jiným sportem.

Při přijetí byla pacientka poučena lékařem o důvodu hospitalizace na našem oddělení a podepsala s ní souhlas. Dále stvrdila svým podpisem své přání být plně informována o svém zdravotním stavu a jako kontaktní osobu určila oba rodiče. Během pobytu na JIP byla pacientka s předstihem seznamována s plánovanými diagnosticko-terapeutickými výkony, i s jednotlivými úkony ošetrovatelské péče. U lůžka měla pacientka k dispozici signalizační zařízení pro potřebu přivolání pomoci. Při příjmu byla seznámena s prostorem a chodem oddělení. Zároveň byla ubezpečena o téměř nepřetržitém kontaktu

s ošetrovatelským personálem. Přesto se chovala velmi nedůvěřivě a opatrně. Vše si chtěla promyslet delší dobu a požadovala různé ústupky.

Soběstačnost

Slečna M. byla před hospitalizací plně soběstačná. Byla schopná o sebe pečovat sama, vykonávat běžné denní aktivity a zapojovat se do chodu domácnosti. Vlivem nemoci se cítila trochu vyčerpaně, ale zůstávala nadále téměř soběstačná. Její pohyb byl omezen nutností monitorace vitálních funkcí a kontinuální infuzní terapie. Při zjištění infekce MRSA byl pohyb omezen na blízké okolí lůžka a dál směla pacientka jen s použitím bariérových ochranných pomůcek.

Komunikace

Komunikaci se slečnou M. výrazně omezovala tracheostomická kanyla. Z počátku musela všechno psát na papír nebo komunikovala jen kýváním hlavy a gesty. Postupně se naučila odezírat a personál si přivykl tomuto způsobu komunikace. Ale i nadále slečna M. psala každý den dopisy jako možnost rychlejšího sdělení svých potřeb a přání. Neschopnost mluvit jí velmi trápila a občas se cítila dotčeně, pokud jí personál nepochopil hned.

Rodina a sociální zázemí

Slečna M. žila s rodiči v Praze v bytě 3+1. Po ukončení vysoké školy ještě nikde nepracovala. Momentálně si hledala zaměstnání. Byla svobodná, přítele neměla. Podporu nacházela u maminky. K vztahu s otcem se nechtěla vyjadřovat. Z pozorování se dalo usoudit, že otec ji podceňoval a neměli k sobě navzájem dobrý vztah. Na návštěvy do nemocnice za ní chodily oba rodiče zároveň, přičemž otec někdy odcházel dřív. O své dceři mluvil s despektem a z jeho chování bylo patrné, že ho tyto návštěvy obtěžovaly. Naopak matka byla pečlivá a bedlivě plnila přání pacientky- donáška časopisů, čistého prádla, osobních potřeb.

Informace

Slečna M. byla již z předchozího oddělení plně informována o povaze své nemoci a závažné prognóze. Na našem oddělení JIP jí bylo znovu vše vysvětleno ošetřujícím lékařem a byla plně seznámena s plánovaným postupem v léčbě.

Duchovní potřeby

Slečna M. je křtěná v katolické víře, ale do kostela nechodí. Duchovní tíseň nepocítuje. Věří v brzké uzdravení a těší se na vánoční svátky strávené doma s matkou⁵⁴.

Ošetrovatelské diagnózy

Vzhledem k rozsahu této práce jsem pro stanovení ošetrovatelských diagnóz vybrala 3. den hospitalizace na našem oddělení JIP, kdy jsem tuto pacientku ošetřovala. Stanovila jsem aktuální diagnózy, které bylo nutné řešit prioritně. Po dohodě se slečnou M. byly diagnózy seřazeny podle aktuálnosti jejího zdravotního stavu.

1. Porucha výživy z důvodu sníženého příjmu potravy v souvislosti se strachem z přibírání na váze, projevující se úbytkem tělesné hmotnosti a ztrátou podkožního tuku
2. Zhoršená průchodnost dýchacích cest v souvislosti se zavedenou TSK projevující se zvýšením napětím a nervozitou pacientky
3. Porušená kožní integrita v důsledku malnutrice projevující se proleženinou III. stupně v oblasti sakra a nehojícím se defektem v okcipitální části hlavy
4. Porucha verbální komunikace v souvislosti se zavedenou TSK projevující se nespokojeností a neschopností vyjádřit svoje myšlenky slovem.
5. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla projevující se nespokojeností a zkresleným názorem na vlastní tělo
6. Narušený spánek v důsledku duševního stresu a změny prostředí projevující se únavou a náladovostí
7. Pocit osamělosti z důvodu hospitalizace projevující se smutkem a depresivním laděním
8. Potencionální riziko vzniku infekce vzhledem k zavedeným invazivním vstupům a snížené imunitě vlivem malnutrice⁵⁵

⁵⁴ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

⁵⁵ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

Průběh ošetřovatelského procesu

1. Porucha výživy z důvodu sníženého příjmu potravy v souvislosti se strachem z přibírání na váze, projevující se úbytkem tělesné hmotnosti a ztrátou podkožního tuku

Cíl: zvolení vhodné nutriční podpory, postupná perorální realimentace, změna stravovacích návyků, dosažení a udržení optimální tělesné hmotnosti

Plán ošetřovatelské péče: zhodnocení současného stavu, sledování laboratorních parametrů výživy, podávání parenterální výživy dle ordinace lékaře, spolupráce s nutričním terapeutem – výběr vhodné stravy, vedení nutričního deníku, sledování hmotnosti 1x denně, edukace pacientky

Realizace ošetřovatelského plánu: Pacientce byly podány základní informace o povaze její choroby. Byl jí vysvětlen plán léčebného procesu realimentace formou parenterální výživy a postupným nácvikem perorálního příjmu. Dle ordinace lékaře jí byla podávána parenterální výživa cestou PK, později cestou CŽK. Spolu s nutriční terapeutkou byl prováděn výběr diety. Strava byla mixována z důvodu TSK. Energetický příjem byl doplňován sippingem, většinou v množství jednoho balení denně. Hmotnost byla kontrolována každý den ráno. Dle ordinace lékaře byly prováděny odběry za účelem zhodnocení vývoje nutričních parametrů.

Hodnocení ošetřovatelské péče: Během hospitalizace došlo k postupnému navyšování hmotnosti a celkovému zlepšení zdravotního stavu i přes nespolupráci pacientky. Pacientka byla opakovaně poučena o nevhodnosti svého chování – manipulace s jídlem, nadměrné pití tekutin a nepřiměřené tělesné cvičení. K zlepšení nutričního stavu přistupovala jen jako k šanci, jak se časem zbavit TSK.

2. Zhoršená průchodnost dýchacích cest v souvislosti se zavedenou TSK projevující se zvýšením napětím a nervozitou pacientky

Cíl: zlepšení a stabilizace průchodnosti dýchacích cest, snadné odkašlávání sekretů z dýchacích cest

Plán ošetřovatelské péče: zhodnocení stávajícího stavu, pravidelné odsávání z dýchacích cest dle potřeby, podávání nebulizací dle ordinace lékaře, sledování fyziologických funkcí, péče o TSK a okolí, dechová RHB, nácvik odkašlávání, poučení pacientky o rychlosti a způsobu pomoci v případě komplikací

Realizace ošetrovatelského plánu: Pacientka byla poučena o nezbytnosti TSK, způsobu jejího ošetřování a odsávání. Byly jí podávány nebulizace s Mukosolvanem 3x denně. Fyzioterapeut jí vysvětlil metody dechové rehabilitace a nácvik odkašlávání. Tracheostomická kanyla byla pravidelně vyměňována ORL lékařem a pravidelně byly odebírány vzorky pro mikrobiologické vyšetření. Pacientka byla napojena na monitor, sledovány byly především hodnoty saturace a srdeční akce. Pacientka měla po ruce signalizační zařízení na přivolání pomoci a na výzvu byla podle potřeby odsávána.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacientka pochopila nutnost TSK a během 14 dnů se naučila vykašlávat sekrety z dýchacích cest. Během celé hospitalizace nedošlo k žádné život ohrožující situaci v souvislosti s obstrukcí TSK. Přesto se pacientka cítila TSK velmi omezena a špatně snášela její výměny.

3. Porušená kožní integrita v důsledku malnutrice projevující se proleženinou III. stupně v oblasti sakra a nehojícím se defektem v okcipitální části hlavy

Cíl: hojení rány bez dalších komplikací, optimalizace nutričního stavu

Plán ošetrovatelské péče: zhodnocení kožních defektů, pravidelná toaleta ran a ošetření dle ordinace lékaře nebo po poradě se setrou specialistkou na hojení ran, zhodnocení rizika pro vznik dekubitů, použití vhodných preventivních opatření, poučení a psychická podpora pacienta, sledování nutričního stavu

Realizace ošetrovatelského plánu: Před prvním ošetřením byl proveden stěr z obou defektů. Jejich velikost, stupeň, druh a lokalizace byly zhodnoceny a zapsány do dokumentace. Zhodnocení míry rizika pro vznik dekubitů bylo provedeno již u příjmu a pacientka v něm dosáhla 24 bodů (nízké riziko). Na dekubit v sakrální oblasti III. stupně velikost 3x5 cm byly používány prostředky pro vlhké hojení ran. Nejprve Nugel v kombinaci s Actisorbem, později po zjištění kolonizace MRSA Atrauman se sterilním krytím. Defekt na hlavě o velikosti 1x2 cm byl nejprve překrýván jen sterilním krytím. Když se objevila hypergranulace tkáně, byl k ošetření použit roztok AgNO₃ a poté se rána kryla mřížkou Adaptic a sterilními čtverci. Pacientce byla vysvětlena nutnost polohování a dodržování hygieny v oblasti defektů. Opět bylo apelováno na její nutriční stav.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Z uvedených defektů byl mikrobiologicky prokázán výskyt MRSA a podle toho byly zvoleny prostředky pro hojení. Vlivem důsledné péče

a po zlepšení nutričního stavu se defekty hojily. Žádné další dekubity nevznikly. V tomto ohledu byla s pacientkou bezproblémová spolupráce.

4. Porucha verbální komunikace v souvislosti se zavedenou TSK projevující se nespokojeností a neschopností vyjádřit svoje myšlenky slovem.

Cíl: docílení přiměřené neverbální komunikace, spokojenost pacientky se způsobem dorozumívání

Plán ošetřovatelské péče: využívání neverbální komunikace ze strany pacientky – artikulace a psaní pro vyjádření svých potřeb, sledování mimoslovních projevů pacientky, udržování očního kontaktu během komunikace, posílení důvěry trpělivou spoluprací, zajištění dostupnosti signalizačního zařízení

Realizace ošetřovatelského plánu: S pacientkou byly prokonzultovány nejvhodnější formy komunikace – psaní a odezírání ze rtů. Pozorně byly sledovány i mimoslovní projevy. Pacientka měla možnost kdykoliv požádat o pomoc signalizačním zařízením.

Hodnocení ošetřovatelské péče: Pacientka si postupně zvykla na písemný projev. Odezírání ze rtů bylo trochu obtížnější, neboť ne všichni členové týmu se naučili dobře odezírat a to někdy pacientku mrzelo. Velkou podporou jí byla matka, se kterou obvykle komunikovala celé odpoledne.

5. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla projevující se nespokojeností a zkresleným názorem na vlastní tělo

Cíl: dosažení reálného vnímání vlastního těla

Plán ošetřovatelské péče: sledování chování pacientky, podpora adaptace na změny vzhledu svého těla, pozorování interakce mezi pacientkou a rodiči, vyvarování se kritických úsudků o pacientce, zabezpečení psychiatrické konzultace, doporučení vhodných podpůrných skupin a forem psychoterapie

Realizace ošetřovatelského plánu: Pacientka byla poučena lékaři i nutriční terapeutkou negativních účincích extrémních diet a hladovění. Pacientka obdržela informace a kontakty na různá sdružení a portály, které se poruchami příjmu potravy zabývají. U pacientky bylo sledováno její chování při návštěvách rodičů, při komunikaci s ostatními členy zdravotnického týmu a spolupacienty. Všichni členové zdravotnického týmu se snažili být

trpělivý a tolerantní k jejím potřebám. Během léčby byl její stav konzultován s lékaři psychiatrického oddělení a proběhlo i psychiatrické konsilium u lůžka.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacientka vyslechla poučení o své nemoci, ale její přístup k léčbě nebyl ideální. Vzhled svého těla nadále vnímala jako normální a naše doporučení se jí zdála bezvýznamná a nepotřebná. Spolupráce ve smyslu psychiatrické péče byla podle ní zbytečná.

6. Narušený spánek v důsledku duševního stresu a změny prostředí projevující se únavou a náladovostí

Cíl: zlepšení kvality spánku a zlepšení celkové pohody

Plán ošetrovatelské péče: zjištění příčin nespavosti, odstranění nebo zmírnění rušivých vlivů, respektování rituálu před spaním, nácvik relaxačních technik, aktivizace pacientky přes den, konzultace s lékařem

Realizace ošetrovatelského plánu: S pacientkou byla podrobně probrána problematika spánku a možných rušivých elementů. Byla poučena o aktivizaci přes den a vhodnosti nějakého ustáleného spánkového rituálu. Problém byl konzultován i s ošetřujícím lékařem.

Hodnocení ošetrovatelské péče: Pacientka si během hospitalizace vytvořila vlastní spánkový rituál. Navečer si četla nebo psala dopisy, snědla druhou večeři a uložila se ke spánku. I přes snahu eliminovat některé rušivé vlivy, nebylo občas možné zajistit klid na oddělení, vzhledem k provozu a chování ostatních pacientů. Nedostatečný pocit odpočinku spíš pramenil z celkově negativního ladění pacientky.

7. Pocit osamělosti z důvodu hospitalizace projevující se smutkem a depresivním laděním

Cíl: odhalení konkrétních problémů, zapojení pacientky do různých aktivit a vytváření nových vztahů v rámci hospitalizace

Plán ošetrovatelské péče: zjišťování emočního stavu pacientky, věnování pozornosti veškerým projevům depresivního ladění, vedení otevřených rozhovorů i mimo ošetrovatelské úkony, umožnění pravidelných návštěv rodičů, zapojování pacientky do jednoduchých aktivit, seznámení pacientky s možnostmi trávení volného času, snaha o navázání kontaktu s ostatními pacienty

Realizace ošetrovatelského plánu: S pacientkou byl opakovaně veden hovor se zaměřením na její zájmy a aktivity volného času. Nechaly jsme jí z domova přinést oblíbené knížky, učebnice jazyků, vědecké časopisy, křížovky, dopisní papíry a rádio pro vyplnění volného času. Pacientka byla zapojována do nových aktivit sebeděče - sama si zapisovala nutriční deník za kontroly personálu, upravovala si lůžko, uklízela stoleček apod. Po nějakém čase se začala zdravit s ostatními pacienty.

Hodnocení ošetrovatelské péče: I přes samotářskou a spíše nedůvěřivou povahu si pacientka postupem času přivykla na pobyt na oddělení JIP. Vyhledávala spíše individuální aktivity. Málokdy si chtěla jen tak popovídat. V kolektivu sester důvěřovala jen někomu. Šťastně působila za přítomnosti matky. Po odchodu návštěv propadala svému smutku. Hospitalizace se jí zdála příliš dlouhá a stále smlouvala s lékaři ohledně brzkého propuštění.

8. Potencionální riziko vzniku infekce vzhledem k zavedeným invazivním vstupům a snížené imunitě vlivem malnutrice

Cíl: minimalizace rizika vzniku infekce

Plán ošetrovatelské péče: dodržování aseptických postupů při zavádění nových invazí, pravidelné kontroly a převazy stávajících invazí, sledování správné polohy katétrů a kanyl, dodržování aseptických postupů při manipulaci s infúzními roztoky a intravenózními léky, pravidelná kontrola močové cévky a sběrného sáčku, důkladná hygiena genitálu, sledování subjektivních pocitů pacienta, poučení pacientky o významu invazivních vstupů a způsobech péče o ně, odebrání vzorků pro kontrolní mikrobiologická vyšetření

Realizace ošetrovatelského plánu: Při manipulaci s invazivními vstupy byly dodržovány ošetrovatelské postupy a zásady hygienicko-epidemiologického režimu. Průběžně byla sledována místa vpichů, okolí tracheostomie a ústí močového katétru. Převazy a výměny krytí byly prováděny podle zvyklosti oddělení. Pacientka byla poučena o nutnosti důkladné osobní hygieny. Průběžně byly hodnoceny její subjektivní pocity v souvislosti s invazivními vstupy. O stavu invazí byl prováděn zápis do dokumentace.

Hodnocení ošetrovatelské péče:

Během ošetřování se neobjevily žádné nové místní komplikace invazivních vstupů. Invaze byly včas preventivně vyměňovány. Pacientka chápala nutnost invazí, ale dávala často

najevo, že ji obtěžují a omezují v pohybu. V souvislosti s tracheostomickou kanylou si stěžovala na neustálý tlak na krku⁵⁶.

Edukační plán

Jedním z hlavních cílů ošetřovatelství je, vytvořit s pacienta aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, který je poučený a ochotný se o svoje zdraví starat. U poruch příjmu potravy je tento úkol mnohonásobně obtížnější.

Při získávání ošetřovatelské anamnézy byla slečna M. vstřícná a podařilo se nám navázat kontakt, který však postupem času ztrácel na důvěře ze strany ošetřujícího personálu. Slečna M. byla velice inteligentní a začaly se u ní objevovat různé manipulativní techniky. Od počátku hospitalizace byla plně informována o svém zdravotním stavu, o povaze choroby i plánovaném postupu léčby. Ošetřovatelským personálem byla seznámena s oddělením a jednotlivými ošetřovatelskými úkony. Nutriční terapeuti s ní konzultovali složení výběrové diety a zpracovávali její energetický příjem. Ve stejném rozsahu byli poučeni i rodiče. Matka projevila zájem a přislíbila, že bude po propuštění na dceru stran výživy dohlížet.

Ale z chování pacientky bylo patrné, že její spolupráce je jen zdánlivá. Postupně se začaly hromadit drobné lži a polopравdy s úmyslem omezit kalorický příjem, pacientka tajně cvičila a pila excesivní množství tekutin. I přes opakované pohovory s lékaři pokračovala v těchto technikách. K psychiatrické léčbě měla spíše odmítavý postoj. Před propuštěním byla slečna M. i rodina poučena o nutnosti spolupráce s nutriční poradnou a spolupráci s psychiatrem.

Doposud dochází do nutriční poradny naší kliniky, ale spolupráce s ní není dobrá. Na kontroly přichází z donucení matky. Při kontrolování hmotnosti používá různé zastírací manévry, její nutriční parametry svědčí pro pokračování v hladovění a z informací od matky je patrné, že je nadměrně fyzicky aktivní. Psychiatrické léčbě se vyhýbá⁵⁷.

⁵⁶ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

⁵⁷ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3. 1 Cíl práce

Cílem této části je získání a následné vyhodnocení dat z několika dalších kazuistik, ve kterých se snažím potvrdit predisponující faktory (věk, vzdělání a rodinné zázemí, které by mohly mít zásadní význam na vznik tak vážných chorob jako jsou právě poruchy s příjmem potravy. Dalším záměrem je zjistit nejčastější důvody hospitalizace a ověřit si úspěšnost léčby na odděleních intenzivních oborů.

3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku

Předmětem šetření jsou pacientky Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, které byly hospitalizovány na jednotkách intenzivní péče I. interní kliniky, II. interní kliniky a Dětské kliniky. Do výzkumného souboru jsem zahrnula 4 pacientky, které byly ochotny spolupracovat. Ve srovnávací studii jsem se zaměřila na následující informace: důvody hospitalizace, věk, vzdělání, rodinné zázemí, způsob a úspěšnost léčby.

3. 3 Vlastní šetření a použité metody

Pro toto šetření jsem si vybrala Fakultní Thomayerovu nemocnici s poliklinikou, protože zde již 10 let pracuji a vím, že pacienti s poruchami příjmu potravy jsou zde hospitalizováni na různých odděleních. Před zahájením šetření jsem nastudovala odbornou literaturu, která se týká problematiky poruch příjmu potravy. Dalším krokem bylo vybrání vhodných pacientů pro tuto srovnávací studii. Záměrně byly vybrány pacientky z různých oddělení a při sběru dat bylo čerpáno především z informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci. Dalším zdrojem informací byla pozorování vybraných pacientů a rozhovory s nimi. Pro upřesnění některých dat byly využity údaje od zdravotnického personálu, který o ně během hospitalizace pečoval.

3. 4 Analýza dat

Vyhodnocování kvalitativních dat je komplikováno jejich nestrukturovanou podobou. Proto byly získané údaje v jednotlivých kazuistikách rozčleněny pro přehlednost stejným způsobem. Na počátku jsou uvedeny základní identifikační údaje, lékařská anamnéza a diagnóza při přijetí. Následuje přehled terapie, dietoterapie a pohybový režim. Závěrem je popsán stručný průběh hospitalizace.

3. 5 Kazuistiky

Kazuistika č. 1

- Identifikační údaje

Jméno a příjmení: V.Š.

Oslovení: slečno Š.

Rok narození: 1991

Věk: 17 let

Pohlaví: ženské

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: otec, matka

Rodinný stav: svobodná

Zaměstnání: studující

Vzdělání: studující VŠ

Národnost: česká

Hospitalizace: 6. 5. 2009 – 14. 5. 2009 (JIP Dětské kliniky)

- Lékařská anamnéza a diagnóza:

Nynější onemocnění:

Pacientka přivezena pro nakupení generalizovaných epileptických paroxysmů tonicko-klonických křečí s bezvědomím. Etiologicky v.s. metabolický rozvrat při základní diagnóze mentální anorexie. Laboratorně zjištěna těžká hyponatrémie, hypochlorémie a hypokalcémie. CT mozku bez ložiskových změn. Pacientka tlumena benzodiazepiny, zahájena parenterální korekce mineralogramu. Přivezena nejprve na zdejší chirurgii, kam dopravena RZS- doma pád v koupelně s uhozením do hlavy, snad s vazbou na epi záchvat. Není jasná návaznost dějů. Na chirurgické ambulanci další 2 záchvaty

s bezvědomím, křečemi a salivací. Aplikováno 2,5 mg Diazepamu, dále spavá. Na CT další epi paroxysmus.

Somatický nález:

Kachetická pacientka, TT 36,2 °C, TK 100/60, AS pravidelná 72/min, výška 165 cm, váha 36 kg, BMI 13,2, klidová eupnoe.

Hlava: zornice izokorické, skléry bílé, oční motorika bez patologického nálezu, jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem, hrdlo klidné.

Krk: souměrný tep karotid bez šelestů, náplň žil v normě, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník, ventilace: dýchání sklípkové, čisté, poklep plný, jasný, nad levou lopatkou drobná odřenina.

Oběh: ozvy srdeční 2, ohraničené.

Břicho: v niveau, peristaltika přítomna, poklep diferencovaný, bubínkový, měkké, prohmatné, nebolestivé, bez rezistence, játra a slezina orientačně nezvětšeny, tapottement oboustranně negativní,

DK: bez otoků a známek HŽT, bez trofických změn.

Kůže: normální kolorit a turgor, bez vyrážky. Diuréza spontánní.

EKG: SR 72/min, osa IM?, PZ V4, PQ 0,17, QRS 0,09, ST izo, T bifáz., V 1-4 bez akutních ischemických změn

Neurologický nález: hlubší somnolence, orientace nelze, fatické funkce nelze posoudit, na oslovení neodpoví, nevyhová, něco zamručí. Na CT epileptický záchvat typu GM s tonicou, klonickou fází a areaktivní mydriázou. MN: zavřené oči, po otevření chvíli sleduje, pak zavře, zornice izokorické, fotoreakce +, nystagmus v krajnějších polohách, VII. mimika klidově symetrická, patol. ax. IX.-XII., otok dolního rtu, jazyk a ústní dutina nepřehledné, šíje volná, meningeální. HK. tonus sym. zach. hybnost spont. 0, z Ming postupný pokles sym. rr. C 5-8 sym., projevy irit. 0. DK: hybnost i síle sval. sym., rr L2-S2 sym., projevy irit. 0, Ming. bilat. rychlý a sym. pokles, Lasegue volný

Laboratorní a pomocná vyšetření z 6. 5. 2009:

CT mozku STATIM nativní vyšetření: Intrakraniální krvácení ani kontuzní ložiska na mozku neprokazují. Přiměřený CT nález na mozku v nativním obraze. Na zachyceném skeletu neurocrania traumatické změny nediferencují.

Biochemie- plazma: kreatinin 50, urea 2,0, albumin 44,3, AST 0,86, ALT 0,6, bilirubin 23, Ca 2,12, GMT 0,33, Na 111, K 3,5, Cl 76, CRP <0,4, Gl 5,2, trop.T <0,01, myogl. 196

Krevní obraz: WBC 12,6, RBC 4,0, Hb 116, Hct 0,356, MCV 89,0, MCH 29,0, MCHC 0,33, PLT 243, RDW 13,8, MPV 6,0, PDW 16,4

Koagulace: APTT 37,9, aptN 34,8, Qt s 13,2, INR 1,1

Osobní anamnéza: mentální anorexie 7 let, opakované pobyty na dětské psychiatrii, aktuálně v ambulantní péči Doc. Papežové

Gynekologická anamnéza: menstruace 0, na gynekologii nikdy nebyla.

Rodinná anamnéza: rodiče zdraví

Sociální anamnéza: žije sama s matkou

Alergická anamnéza: 0

Farmakologická anamnéza: bez trvalé medikace

Abúzus: 0

Celkové hodnocení:

Nakupení generalizovaných paroxysmů tonicko-klonických křečí s bezvědomím v.s. akutní/symptomatické při metabolickém rozvratu při základní diagnóze

Mentální anorexie

Hyponatrémie, hypochlorémie, hypokalcémie

• Farmakoterapie

Infúzní terapie: FR+ 10% NaCl+ 7,45% KCl +Calc. gluconicum - dle rozpisu lékaře

Parenterální výživa: Kabiven peri 2400 ml+ 1 amp. Soluvit, Vitalipid a Tracutil - 60 ml/h

Injekční terapie: Diazepam 5 mg i.v. při křečích, popř. Epanutin 250 mg i.v.

Přehled jednotlivých léků včetně jejich generických názvů, indikační skupiny a příkladů možných nežádoucích účinků je uveden v příloze č. 1.

• Dietoterapie a pohybový režim

Pacientka byla první den hospitalizace spavá, proto jí byla předepsána parenterální výživa. Od druhého dne začala pomalu jíst a pít. Měla výběrovou dietu doplněnou sippingem. Výběr stravy byl konzultován s nutriční terapeutkou. Tato spolupráce byla obtížná, pacientka odmítala nemocniční stravu. Výběr jídla omezovala jen na mléčné výrobky (jogurty, tvarohy, ochucená mléka, sýry), kompoty, přesnídávky a ovoce. Místo hlavních jídel požadovala Nutridrinky. K parenterální výživě měla také odmítavý postoj. Záměrně prodlužovala pauzy určené pro hygienu, rehabilitaci nebo vyšetření. Během hospitalizace se její hmotnost navýšila o 3,5 kg, ale to bylo přičítáno spíše pozitivní bilanci tekutin.

V den přijetí byla pacientka somnolentní a zůstávala na lůžku. Byla polohována po 2 až 3 hodinách. Vzhledem ke kachexii bylo lůžko vybaveno aktivní antidekubitární matrací. Druhý den bylo započato s pomalou vertikalizací a kondičním cvičením na lůžku pod dohledem fyzioterapeuta. Hybnost byla v pořádku a další dny již rehabilitovala sama.

• Stručný průběh hospitalizace

17-letá pacientka byla přijata na JIP dětské kliniky 6. 5. 2009 pro nakupení generalizovaných epileptických paroxysmů tonicko-klonických křečí s bezvědomím. Pacientka byla ošetřena na chirurgii, odkud odeslána na CT mozku. To bez ložiskových změn. Laboratorně byla zjištěna těžká hyponatrémie a hypochlorémi. Již z chirurgické ambulance zahájena infúzní terapie a tlumení křečí Diazepamem. Během hospitalizace na dětské JIP se již žádné záchvaty křečí neobjevily. Byla zahájena parenterální výživa a korekce mineralogramu. Nutriční parametry byly laboratorně uspokojivé. Pacientka nesouhlasila se zahájenou realimentační léčbou. Měla pocit, že s výživou t.č. problémy nemá. Dožadovala se překlada na oddělení poruch příjmu potravy ve VFN. Byla opakovaně poučena o charakteru své nemoci a možných somatických komplikacích. Stejně informace byly podány rodičům. Pacientka žila s matkou, ale bližší vztah měla s otcem. Nakonec se společně domluvili a dceři byl zajištěn překlad na zmiňované oddělení.

V průběhu hospitalizace bylo doplněno EEG vyšetření, kde byl v závěru popisován abnormální záznam zpomalené aktivity s častým výskytem fokální EPI aktivity charakteru ostrých vln ve FC oblasti vpravo a intermitentní generalizované úseky paroxysmální delta aktivity. Při neurologické kontrole bylo doporučeno objednání MR mozku a kontrolní EEG s odstupem 14 dnů. Dále byla doporučena antiepileptická terapie (Lamictal).

Pacientka byla 14. 5. přeložena na standartní oddělení, kde se pokračovalo v zavedené terapii pro korekci minerálové dysbalance a zlepšení nutričního stavu (parenterální výživa a infúzní terapie). I zde byla bez recidivy epi paroxysmu. 18. 5. byl domluven překlad na oddělení PPP ve VFN⁵⁸.

Kazuistika č. 2

• Identifikační údaje

Jméno a příjmení: E.R.

Oslovení: slečno R.

Rok narození: 1977

Věk: 30 let

Pohlaví: ženské

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: matka

Rodinný stav: svobodná

Zaměstnání: prodavačka v prodejně zdravé výživy

Vzdělání: vysokoškolské

Národnost: česká

Hospitalizace: 18. 12.- 21. 12., 25. 12.- 29. 12. 2007 (JIP II. Interní kliniky)

⁵⁸ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

• Lékařská anamnéza a diagnóza:

Nynější onemocnění:

30-letá nemocná s poruchou příjmu potravy (ataky bulimie a anorexie v minulosti), vyznávající homeopatickou medicínu se striktní požívání biopotravin, vyšetřena v naší ambulanci 17. 12. 2007 pro asi 2-3 týdny trvající stavy slabosti s podlamováním končetin, někdy byla schopná vstát. Od 6/2007 udává zhoršení psychického stavu, poté co se přistěhovala k rodičům. Nezvládá soužití, otec depresivní. Má pocit vlastního selhání z neschopnosti osamostatnit se. Z rozhovoru s matkou vyplynulo, že matka měla podezření na recidivu anorexie. Byla již s dcerou objednána do specializované poradny, kde částečně absolvovala kurzy rodinné terapie. Zhoršení stavu s hubnutím pozorovala již od návratu dcery z práce v Německu (4/07). Dne 18. 12. 2007 našla matka dceru v bezvědomí doma, přivezena opět na ambulanci II. Interní kliniky, při příjmu zástava dechu, po krátké KPR obnova vitálních funkcí, zjištěna hypoglykémie 1,8 mmol/l, po aplikaci 40% glukózy návrat k vědomí. Vzhledem k tristnímu metabolickému stavu příjem k nutriční intervenci.

Somatický nálezn:

26,5 kg, 150 cm, BMI 11,7, AS pravidelná 40/min., TK 90/50, po úpravě hypoglykémie již orientována, spolupráce omezená, klidová eupnoe, celková hybnost bez omezení, bez laterality a fatické poruchy, snížený turgor kůže, extrémní kachexie (atrofie svalstva a podkoží).

Hlava: zornice izokorické, skléry bílé, oční motoriky bez patologického nálezu, drobné exkoriace nosu se starší tržnou rankou na hřbetě, jazyk plazí středem, nepovleklý, hrdlo klidné.

Krk: souměrný tep karotid bez šelestů, náplň žil v normě, štítná žláza nezvětšena.

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové, ozvy 2 ohraničené.

Břicho: pod nniveau, dýchá celé, poklep diferencovaný, bubínkový, břicho měkké, bez rezistence, prohmatné, peristaltika přítomny, játra a slezina nezvětšeny, tapottement oboustranně negativní.

Končetiny: na dolních končetinách extrémní kachexie veškerých nosných svalových skupin, bez otoků a známek TEN, exkoriace kolen a nártů.

EKG: SR (vyplývá z monitoru, na klasické křivce není P patrná), 42/min., osa vertikální, QRS 0,08, ST-T oploštělé difúzně.

Laboratorní vyšetření z 18. 12. 2007:

Biochemie- plazma: kreatinin 37, urea 6,0, albumin 32,5, AST 2,0, ALT 2,06, bilirubin 17, Ca 1,85, GMT 0,51, Na 139, K 4,0, Cl 100, CRP <1,2

Krevní obraz: WBC 3,5, RBC 2,78, Hb 96, Hct 0,288, MCV 103, MCH 35,0, MCHC 0,33, PLT 193, RDW 12,4, MPV 8,3, PDW 17,8

Koagulace: Qt s 15,6, INR 1,25

Osobní anamnéza: u nás poprvé, od 12 let poruchy příjmu potravy a deprese, dle pac. snad léčena pro Crohnovu chorobu, která neprokázána (totální kolposkopie 5/06 bez patologického nálezu, parere gastroenterologa nemá, patrně desinterpretace údajů), snad thyreopatie anamnesticky. Ostatní sledování interních onemocnění neguje. Operace: st. p. liposukci stehen v 2002 (soukromé zařízení v Praze).

Gynekologická anamnéza: menstruace od 15 let, hormonální antikoncepce od 16 do 21 let, menses naposledy v loni- nepravidelné špinění, porody a UPT 0.

Rodinná anamnéza: otec se léčí pro deprese, matka je zdráva, sourozenci- mladší sestra, také zdráva, děti 0.

Sociální anamnéza: žije sama s rodiči

Alergická anamnéza: poléková – údajně všechny léky

Farmakologická anamnéza: jen alternativní medicína a homeopatika

Abúzus: 0

Celkové hodnocení:

Extrémní kachexie při mentální anorexii, sekundární amenorea, hypoglykémie s poruchou vědomí v úvodu, nelze vyloučit i krátkodobou KP zástavu

Anémie v.s. sekundární

Deprese anamnesticky

- Farmakoterapie

Infúzní terapie: Sol. Hartmann+13,6% KH₂PO₄ + 7,45% KCl, 5% a 10% Glukóza- dle rozpisu lékaře

Parenterální výživa: Clinomel N4 2000ml+ 1 amp. Vitalipid, Soluvit a Tracutil rychlostí 15-40 ml/h

Injekční terapie: Fragmin 5000 j. s.c.

Přehled jednotlivých léků včetně jejich generických názvů, indikační skupiny a příkladů možných nežádoucích účinků je uveden v příloze č. 1.

- Dietoterapie a pohybový režim

Při přijetí byly poopraveny údaje antropometrických měření. Vstupní váha byla 24,8 kg při výšce 155 cm (BMI 10,3). Pacientce byl změřen tělesný tuk. Vstupní hodnota byla 11,2 kg (2,8 kg).

Pohybový režim byl u pacientky bez omezení. Její hybnost byla omezena pouze nutností monitorace fyziologických funkcí a kontinuálním podáváním parenterální výživy. Pacientka byla plně soběstačná. Nesnažila se o žádnou nadměrnou fyzickou aktivitu.

Pacientka měla lékařem předepsanou výběrovou dietu. Při první konzultaci s nutriční terapeutkou pacientka odmítla veškeré nemocniční jídlo. Spolupráce v tomto ohledu byla velice problematická. Od přijetí byla zahájena realimentace parenterální výživou cestou CŽK.

- Stručný průběh hospitalizace

30-letá nemocná s poruchou příjmu potravy, vyznávající homeopatickou, čínskou a celostní medicínu a striktní požívání biopotravin, byla dne 17. 12. 2007 vyšetřena v naší ambulanci pro déletrvající stavy slabosti. Dne 18. 12. 2007 byla nalezena matkou doma v bezvědomí a převezena opět na II. Interní kliniku. Při příjmu zástava dechu, po krátké KPR obnova vitálních funkcí. Byla zjištěna výrazná hypoglykémie. Po aplikaci 40 ml 40% glukózy návrat k vědomí. K další nutriční intervenci byla pacientka přijata na JIP. Pacientka poučena o povaze onemocnění a léčebném plánu. Byl jí zaveden centrální žilní katétr pro možnost adekvátní nutriční podpory. Při snaze o výběr stravy pacientka nespolupracovala. Odmítala veškerou nemocniční stravu. Odmítala také doplňky výživy a sipping. Odkazovala

se na přírodní stravu a biopotraviny. Požadovala donášku svých potravin z domova. Byla proto poučena lékařem o nutnosti úplného přehledu oš. personálu nad původem a nutričními hodnotami konzumované stravy. Tedy že není možné tolerovat doma připravenou stravu neznámého složení. Z reakcí nemocné bylo patrné, že neměla náhled na povahu nemoci. Vůle ke spolupráci byla minimální či spíše žádná. Účelově manipulovala s řečenými fakty. Vymýšlela si různá onemocnění (např. céliakii, specifické střevní záněty) a dožadovala se nadále potravin z biologického zemědělství.

19. 12. proběhlo psychiatrické konsilium na žádost ošetřujícího lékaře z důvodu absolutní nespolupráce ze strany pacientky. Byla doporučena psychiatrická medikace, ale to pacientka odmítla. Dalším návrhem bylo přeložení pacientky na oddělení poruch příjmu potravy, ale až po kompenzaci somatického stavu.

Pacientka nadále odmítala stravu a byla od začátku realimentována formou parenterální výživy. Kalorimetrickým vyšetřením byl určen její klidový metabolický obrat kolem 600 kcal/ 24 hodin. Vzhledem k protrahovanému sklonu k hypoglykémii bylo vysloveno podezření na zneužívání perorálních antidiabetik. Pacientka byla opakovaně poučena o povaze nemoci a nutnosti realimentace. I v rámci parenterální výživy vyjadřovala pochybnosti o jejím složení, ale podávat si ji nechala. Později byly odhaleny manipulace s infúzní pumpou ve smyslu snižování rychlosti podávané výživy a také upouštění výživy mimo žilní katétr.

Vzhledem k naprosto chybějící ochotě spolupracovat a podezření na psychotické onemocnění schizofrenního charakteru, byl na 21. 12. 2007 pacientce domluven překlad do Psychiatrické léčebny Bohnice. Tam byla pacientka podrobena psychiatrickému vyšetření. V průběhu pobytu v psychiatrické léčebně se psychotická symptomatika nepotvrdila, pacientka tam dle zprávy byla klidná, bez auto- či heteroagresivních projevů, spolupracovala. Z psychiatrického hlediska byla shledána schopnou pobytu na otevřeném somatickém oddělení. Dne 25. 12. 2007 byla přeložena zpět na naši JIP pro nutnost intenzivní parenterální nutrice. Zároveň byl rodiči domluven překlad k Doc. Papežové na oddělení poruch příjmu potravy na 3. 1. 2008.

Po překladu na JIP bylo nadále pokračováno v podávání parenterální výživy a korekci iontové dysbalance. Pacientce byla umožněna donáška potravin z domova, ale bylo upuštěno od snahy pacientku realimentovat perorálně. Dne 28. 12. 2007 vážila pacientka 27,8 kg. Nadále bylo apelováno na její manipulativní chování, chorobné lhaní

a nespolupráci. Vzhledem k laboratorním hodnotám bylo lékaři vysloveno i podezření na zneužívání CŽK pacientkou k „pouštění si žilou“. Pokles v krevním obraze musel být doplňován transfúzí. Dne 29. 12. 2007 ráno v 7:55 došlo k náhle vzniklému bezvědomí s asystolií a apnoí na lůžku. Byla ihned započata kardiopulmonální resuscitace za asistence ARO. Pacientka byla zanitubována a do 9:00 bylo pokračováno s KPR srdeční masáží a ventilací ambuvakem. Z EKG byla patrná elektromechanická disociace s opakovanými přechody do asystolie bez efektu na medikaci. V 9:00 byla KPR ukončena⁵⁹.

Kazuistika č.3

• Identifikační údaje

Jméno a příjmení: Z. S.

Oslovení: paní S.

Rok narození: 1961

Věk: 47let

Pohlaví: ženské

Adresa: Praha

Kontaktní osoba: bratr

Rodinný stav: vdaná, t. č. v rozvodovém řízení

Zaměstnání: nezaměstnaná, žádost o důchod

Vzdělání: střední s maturitou

Národnost: česká

Hospitalizace: 20. 9. 2008 – 15. 10. 2008 (JIP I. Interní kliniky)

⁵⁹ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

• Lékařská anamnéza a diagnóza:

Nynější onemocnění:

Pacientka s mnohaletou anamnézou mentální bulimie a hraniční poruchu osobnosti odeslána obvodním lékařem pro celkové zhoršení stavu- stěžuje si především na bolesti břicha a potíže spojené s příjmem potravy. Zde již hospitalizována pro podobné obtíže v 5/08. Po propuštění přechodně bez obtíží, snažila se jíst normálně. Nyní udává zhoršení psychického stavu, rozvádí se. Již tři týdny pociťuje trvalé bolesti v epigastriu, pocit na zvracení, po jídle zvrací šťávy a nezvracené jídlo. Proto téměř nejí a pije málo. Stolicí má jen po projímadlech, udává chronickou obstipaci. Cítí se slabá a unavená. Praktiky mentální bulimie popírá, nepřejídá se, nevyvolává si zvracení a nezneužívá žádné léky. Poslední psychiatrickou kontrolu datuje na 6/08.

Somatický nález:

Kachetická pacientka, TT 36,5 °C, TK 105/60, AS pravidelná 90/min, výška 189 cm, váha 40 kg, BMI 11,2, klidová eupnoe. Bez alterace celkového stavu, dušnosti a cyanózy, klidná a orientovaná. Spolupracuje dobře, mobilita zhoršená. Hydratace snižená.

Hlava: bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, zornice izokorické, skléry bílé, oční motorika v pořádku, jazyk vlhký, plazi středem, hrdlo klidné.

Krk: nejsou známky meningeálního dráždění, náplň krčních žil nezvýšena, uzliny a štítná žláza nejsou zvětšeny, karotidy bez šelestu.

Hrudník, ventilace: poklep plný, jasný, dýchání čisté, bez vedlejších fenoménů, při bazích oslabené bilaterálně, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestu.

Břicho: měkké, prohmatné, palpačně citlivé v epigastriu a v pravém hypochondriu, peristaltika přítomna, bez peritoneálního dráždění, játra a slezina nejsou zvětšeny, tappotement bilaterálně negativní.

DK: bez otoků a známek trombózy, tep do periferie zachován, lýtka volná

Per rectum: tonus svěrače přiměřený, v ampule normální nález, hnědá stolice.

Kůže: normální kolorit a turgor, bez vyrážky. Diuréza spontánní.

Laboratorní vyšetření z 20.9.2008:

Biochemie- plazma: kreatinin 56, urea 4,7, albumin 34, AST 0,38, ALT 0,42, bilirubin 20, GMT 0,52, Na 139, K 3,5, Cl 100, CRP 3,7, Gl 5,3

Krevní obraz: WBC 5,0, RBC 4,14, Hb 125, Hct 0,374, MCV 90,3, MCH 30,0, MCHC 0,33, PLT 388

Koagulace: Qt s 15,4, INR 1,27

Osobní anamnéza: pacientka u nás v minulosti opakovaně hospitalizována, naposledy v 5/08 s dg. bolesti břicha nejasné etiologie inkompetence kardie, antrální gastritis – HP negativní. Dlouhodobě sledována na psychiatrii pro mentální bulimii a hraniční poruchu osobnosti.

Gynekologická anamnéza: nevyplněna, děti nemá

Rodinná anamnéza: otec zdrav, matka psychiatricky léčena pro těžkou schizoidní poruchu osobnosti. Starší bratr zdrav.

Sociální anamnéza: žije s manželem, ale t.č. v rozvodovém řízení

Alergická anamnéza: polyvalentní léková alergie, Algifen

Farmakologická anamnéza: Helicid, Cerucal, Pyridoxin, Thiamin, Euthyrox, Rispen, Furon, Verospiron, Prestarium, Vasocardin

Abúzus: káva 2x denně, ostatní nejuje

Celkové hodnocení:

Recidiva bolestí břicha, anorexie, kachexie, malnutrice- porucha příjmu potravy

Kardiální insuficience, EF LK 25%

Astma bronchiale anamnesticky

Hypothyreóza na substituci

Esenciální hypertenze kompenzovaná

Porucha osobnosti anamnesticky

• Farmakoterapie

Infúzní terapie: FR 500 ml + 1 amp. Degan á 12 hod, FR+ KCl dle rozpisu lékaře

Parenterální výživa: 20% glukóza 500 ml a 15% Neonutrin 500 ml na 24 hodin

Injekční terapie: Torecan 1 amp. dle potřeby i.v., Buscopan 1 amp. dle potřeby i.m.

Perorální léky: Rispen 2mg, Euthyrox 50mg, Helicid 20mg, Furon 40mg, Verospiron 25 mg, Vasocardin 50 mg, Prestarium 4mg, Kalnormin, Espumisan,

Přehled jednotlivých léků včetně jejich generických názvů, indikační skupiny a příkladů možných nežádoucích účinků je uveden v příloze č. 1.

• Dietoterapie a pohybový režim

Pacientka měla lékařem předepsánu nejprve dietu č. 1, což je kašovitá dieta. Pro dobrou toleranci se po týdnu změnila dieta na č. 4, což je dieta s omezením tuků. Dieta byla od začátku doplňována nutriční terapeutkou o sipping. Pacientce byly podávány Nutridrinky a Cubitany v celkovém množství 2 balení denně. Dietu i sipping snášela vlivem medikace dobře. Žádné bulimické chování se během hospitalizace neobjevilo. Perorální příjem byl doplňován parenterální výživou cestou CŽK. Během hospitalizace dosáhla pacientka hmotnosti 48 kg.

Pohybový režim byl zpočátku omezen únavou a slabostí pacientky. Zůstávala v lůžku a vykonávala jen pohyby nezbytné k sebeobsluze. Pod vedením fyzioterapeutů začala rehabilitovat. Byla nabádána k aktivnímu cvičení v lůžku a nácvičku chůze za doprovodu personálu nebo rodiny.

• Stručný průběh hospitalizace

47-letá pacientka s dlouhodobou psychiatrickou anamnézou s poruchami příjmu potravy a dyspeptických obtíží, jejichž organický korelát nebyl při minulých hospitalizacích prokázán, s anamnézou těžké malnutrice včetně těžké dysfunkce levé komory nejspíše kareční etiologie, byla přijata pro zhoršení stavu a bolesti břicha. Laboratorně měla na rozdíl od minulých hospitalizací velmi uspokojivé nutriční parametry, klinicky byla bez projevů srdečního selhání. Byla doplněna kolonoskopie, kterou při minulé hospitalizaci odmítala, s negativním nálezem. Celkově se v průběhu léčby zlepšila, dobře spolupracovala při perorální realimentaci i rehabilitaci. Stesky na bolesti v epigastriu byly jen občasné.

Na vlastní žádost byla pacientka přeložena k dalšímu doléčení do zařízení následné péče. Pacientka byla přeložena ve stabilizovaném stavu ⁶⁰.

Diskuse

Z empirické části je patrné, že každá z uvedených kazuistik je jedinečná. Přestože všechny spojuje diagnóza poruch příjmu potravy, jsou informace o jejich nemoci velmi variabilní. Zde se pokusím uvést celkové shrnutí kazuistik. Hlavními sledovanými daty jsou důvody hospitalizace na somatických odděleních intenzivní péče, dále věk, vzdělání a rodinné zázemí jako faktory ovlivňující vznik nemoci, způsob a úspěšnost léčby. Většinu informací jsem získávala s chorobopisů vybraných pacientek. Některé jsem měla možnost pozorovat a vést s nimi rozhovor, protože byly hospitalizovány na mém pracovišti. Některé doplňující informace jsem získala rozhovorem s ošetřujícím personálem.

Z uvedených kazuistik je zřejmé, že mezi nejčastější důvody hospitalizace nemocných s poruchami příjmu potravy na odděleních intenzivní péče patří především metabolické komplikace poruch příjmu potravy a potíže s nimi spojené. Jedná se zejména o stavy vzniklé na podkladě hypoglykémie a dysbalance iontů. To může vést ke změnám EKG ve smyslu bradykardie, náhle vzniklým stavům bezvědomí a pádům. Dalším možným následkem mohou být křečové stavy.

Z popsaných případů je zjevný také rozdíl v četnosti hospitalizací pacientů s mentální anorexií a mentální bulimií. Somatické komplikace metabolického rázu jsou dominantní u mentální anorexie. Jelikož mají tyto pacientky posunuté vnímání vzhledu vlastního těla a cítí se ve svém hladovění dobře, jsou k hospitalizaci většinou donuceny až z opravdu vážných důvodů a to většinou ještě pod vlivem tlaku svého okolí. Samozřejmě mají i další zdravotní komplikace vyplývající ze své nemoci, ale ty nejsou natolik zjevné a závažné, aby jim zabraňovaly v pokračování ve svém devastujícím jednání.

Dalšími sledovanými kritérii byly věk, vzdělání a rodinné zázemí jako faktory podílející se na vzniku onemocnění. Ve sledovaných případech jsou potíže s příjmem potravy popisovány většinou od období dospívání. To potvrzuje teoretické údaje o rizikovosti tohoto období pro vznik těchto poruch. V časovém horizontu je i patrné,

⁶⁰ Data ze zdravotnické dokumentace, pozorování, rozhovor.

že poruchy příjmu potravy jsou onemocnění dlouhodobá, často přetrvávající několik let. Dalším kritériem byla úroveň dosaženého vzdělání. I zde výsledky potvrzují teorii. Často se jedná o dívky nadprůměrně inteligentní a vzdělané. Dalším faktorem přispívajícím k vzniku nemoci může být stav rodinného zázemí. V psychosociální anamnéze většiny kazuistik převažuje fakt narušeného rodinného vzorce. Většinou je to nějakým způsobem narušený vztah mezi rodiči nebo vztah otce k dceři. Otázkou zůstává, zda tyto změněné rodinné vztahy nejsou již důsledkem probíhající chronické nemoci pacientek.

Posledním sledovaným kritériem byl způsob léčby a její úspěšnost. Prvořadým úkolem léčby byla úprava metabolického stavu ve smyslu korekce minerálové dysbalance. Dále byla většina sledovaných pacientek realimentována parenterální výživou kombinací s postupným nácvikem perorálního příjmu potravy. Pacientky byly opakovaně poučovány o povaze své nemoci, charakteru léčby a nezbytnosti jejich spolupráce. Během hospitalizace byly monitorovány jejich životní funkce, byla sledována hmotnost a laboratorní hodnoty nutričních markerů. U některých pacientek se podařilo dosáhnout přijatelné hmotnosti a výrazného zlepšení celkového stavu. Společným problémem se ukázala ve většině případů nespolupráce ze strany pacientek. Následkem bývá přerušování návaznosti v léčbě, ať už v ambulantní formě nebo následné psychiatrické léčbě.

ZÁVĚR

Pacientů s poruchami příjmu potravy přibývá a můžeme se s nimi setkat na různých odděleních zdravotnických zařízení. Ve své diplomové práci jsem se v teoretické části pokusila vytvořit ucelený přehled o problematice poruch příjmu potravy z dostupných literárních zdrojů. V praktické části jsem se zaměřila na prezentování ošetrovatelské náročnosti o tyto pacienty formou kazuistiky a ve formě případových kazuistik jsem se zamýšlela nad již známými teoretickými poznatky. Navzdory obecné informovanosti o daném tématu je boj s tímto druhem nemoci vždy svízelný a výsledek bývá nejistý. Svou prací bych chtěla přispět k větší informovanosti laiků i odborníků.

Pro snížení incidence poruch příjmu potravy bych navrhovala vytvoření peer programu pro děti a mládež. Nezastupitelnou úlohu by v prevenci měla sehrávat také péče rodičů, kteří by měli bedlivě dbát na psychickou pohodu a správnou výživu svých dětí. Pozitivním přínosem by byla také regulace reklamy ve smyslu šíření kultu štíhlosti.

Zpracování diplomové práce mě přesvědčilo, že v problematice poruch příjmu potravy je nezbytná dobrá spolupráce zdravotnického týmu jako celku, spolupráce s rodinou a nezbytná návaznost na psychiatrickou léčbu. I přes veškerou snahu uzdravit tělo, musíme mít stále na mysli, že je to především onemocnění duše.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AS – akce srdeční

BMI – body mass index

CNS – centrální nervový systém

CVP – centrální žilní tlak

CŽK – centrální žilní katétr

EF LK – ejekční frakce levé komory

HP – Helicobacter pylori

HŽT – hluboká žilní trombóza

i.m. – intramuskulárně

i.v. - intravenózně

KPR- kardiopulmonální resuscitace

MRSA - Methicillin rezistentní kmen Staphylococcus aureus

PK – periferní žilní katétr

PMK – permanentní močový katétr

RHB – rehabilitace

RZP, RZS – rychlá záchranná pomoc/slужba

s.c. – subkutánně

TEN – trombo-embolická nemoc

TSK – tracheostomická kanyla

TK – tlak krevní

TT – tělesná teplota

UPV – umělá plicní ventilace

LITERATURA A POUŽITÉ PRAMENY

Knihy (monografie) a časopisy (periodika):

1. BENEŠOVÁ, D., MIČOVÁ, L. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií (Recepty a rady lékaře)*. Praha: Sdružení MAC, 2003. 31 s., ISBN 80-86015-91-2.
2. COOPER, P. J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání*. Olomouc: Votobia, 1995. 207 s., ISBN 80-85885-97-2.
3. CASSUTO, D., GUILLON, S. *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál, 2008. 117 s., ISBN 978-80-7367-4.
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., SUCHARDOVÁ, I. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2001. 565 s., ISBN 80-247-0242-8.
5. HALL, L., COHN, L. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era, 2003. 240s., ISBN 80-86517-60-8.
6. HANUŠ, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1999. 331 s., ISBN 80-7184-873-5.
7. JACOBI, C., PAUL, T., THIEL, A. *Poruchy příjmu potravy (Pokroky v psychoterapii)*. Trenčín: Vydavatelství F., 2006. 128 s., ISBN 80-88952-35-2.
8. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 350 s., ISBN 978-80-247-1830-9.
9. KRCH, F. D., a kol. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2005. 256 s., ISBN 80-247-0840-X.
10. KRCH, F. D. *Poruchy příjmu potravy- Rizikové faktory*. Psychiatrie pro praxi. 1/2004, s. 14-16.

11. KRCH, F. D. *Bulimie (Jak bojovat s přejídáním)*. Praha: Grada, 2008. 195 s., ISBN 978-80-247-2130-9.
12. KRCH, F. D., MÁLKOVÁ, I. *SOS nadváha*. Praha: Portál, 2001. 236 s., ISBN 80-7178-521-0.
13. LEIBOLD, G. *Mentální anorexie (Příčiny, průběh a nové léčebné metody)*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s., ISBN 8-205-0499-0.
14. MEHLER, P. S., ANDERSEN, A. E. *Eating disorders: a guide to medical care and complications*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1999. 241 s., ISBN 0-8018-6276-0.
15. NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s., ISBN 80-85912-33-3.
16. NĚMEČKOVÁ, P. *Poruchy příjmu potravy*. Psychiatrie pro praxi. 4. 2007. s. 155-157.
17. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s., ISBN 85121-32-8.
18. CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. 264 s., ISBN 80-7205-815-5. str. 264.
19. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996, 504 s., ISBN 80-85800-33-0.
20. VOMÁSTEK, P. *Z deníku anorektika*. Praha: Tomáš Houška, 2000. 252 s., ISBN 80-86065-10-3.
21. ZADÁK, Z. *Výživa pro intenzivní péči*. Praha: Grada, 2008. 487 s., ISBN 978-247-2844-5.

www zdroje:

1. KULHÁNEK, J. *Poruchy příjmu potravy- léčba*. <http://hubnutí.doktorka.cz/>, 30. 7. 2009.
2. PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa, bulimia nervosa (Doporučené postupy pro praktické lékaře zpracované ČLS JEP)*. <http://www.cls.cz/dp/>, 30. 7. 2009.

Příloha č. 1.

Přehled léků

obchodní název	generický název	indikační skupina	nežádoucí účinky
KCl	kalii chloridi 7,5%	iontový přípravek	hyperkalémie, poruchy nervosval.vedení,srdečního rytmu
KH ₂ PO ₄	kalii dihydrogenphosphoratum 13,6%	iontový přípravek	hyperkalémie, hyperfosfátémie
NaCl	natrium chloratum 10%	iontový přípravek	hypernatrémie, hyperchlorémie, acidóza
Calc. glukonicum	calcium gluconicum 10%	iontový přípravek	hyperkalcémie, nechutenství, nauzea, zvracení, zácpa, bolesti břicha
Mukosolvan	ambroxoli hydrochloridum	expektorans, mukolytikum	pálení žáhy, nechutenství, nauzea, zvracení
Vasocardin	metoprololi tartaras	antihypertenzivum, selektivní beta-blokátor	nauzea, zvracení, sucho v ústech, průjem, únava, slabost, malátnost, závratě, pokles TK
Helicid	omeprazolom natricum	antiulcerózum	bolest hlavy, poruchy GIT – průjem, zácpa, nauzea
Hylac forte	koncentrát střevních bakterií	digestivum, střevní eubiotikum	-
Calcium eff.	calcii glubionas, calcii carbonas praecipitatus	iontový přípravek	nadýmání, zácpa, průjem
Aktiferrin	ferossi sulfas hydricus, serinum racemicum	antianemikum	zažívací obtíže, tlak v žaludku, zácpa, průjem
Rispen	risperidonum	antipsychotikum	nespavost, agitovanost, úzkostné stavy, bolesti hlavy
Euthyrox	levothyroxinum natricum	hormon štítné žlázy	třes prstů, bušení srdce, pocení, průjem
Verospiron	spironolactonum	diuretik šetřící draslík, antihypertenzivum	zažívací obtíže, bolesti hlavy, spavost, zmatenost
Prestarium	perindoprilum argininum	antihypertenzivum, ACE inhibitor	hypotenze, kašel, dušnost, zažívací obtíže
Kalnormin	kalii chloridi	kaliový přípravek	hyperkalémie, poruchy nervosval.vedení, srdečního rytmu
Espumisan	simeticonum	deflatulens	
Furon	furosemidum	diuretikum	zvýšená pohotovost ke křečím, nauzea, průjem, bolesti hlavy
Degan	metoclopramidi hydrochloridum monohydricum	prokinetikum, antiemetikum	únava, ospalost, neklid, bolesti hlavy, zmatenost, závratě, trávicí obtíže
Superanabolon	nadroleni phenpropionas	anaabolikum	maskulinizace, útlum spermatogeneze
Novalgin	metamizolom natri-cum monohydricum	analgetikum, antipyretikum	alergická reakce, hypotenze
Torecan	thiethylperazini hydrogenomalas	antiemetikum, antivertiginózum	spavost, závratě, bolesti hlavy, neklid, křeče
Buscopan	butylscopolamini bromidum	spasmolytikum, parasympatolytikum	suchost v ústech, dyshidróza, zrychlení činnosti srdeční, poruchy vidění, zadržování moči
Epanutin	phenytoinum natricum	antiepileptikum	anafylaxe, hypotenze, závratě, bolesti hlavy
Fragmin	deltaparinum natricum	antikoagulant	krvácivé projevy, alergická reakce
Ciphin	ciprofloxacinum	chemoterapeutikum	potíže GIT – nauzea, průjmy; projevy CNS – závratě, bolesti hlavy, poruchy spánku
Neonutrin	směs aminokyselin	roztok bílkovin pro parenterální výživu	nauzea, zvracení
Clinomel N4, Kabiven Peri	roztok pro parenterální výživu		febrilie, pocení, nauzea, bolest hlavy, dýchací potíže
Tracutil	koncentrát stopových prvků		alergická reakce
Soluvit	koncentrát vitamínů rozpustných ve vodě		alergická reakce
Vitalipid	koncentrát vitamínů rozpustných v tucích		nejsou známy

Příloha č. 2.

Základní nutriční screening - (dle Nottinghamského dotazníku) z 5. 12. 2006

Slečna M. dosáhla 10 bodů.

Věk	BMI *	Ztráta hmotnosti *	Jídlo za poslední 3 týdny *	Projevy nemoci	Faktor stresu	
Do 65 let	20-35	Žádná	Beze změn množství	Žádné	<u>Žádný</u>	0
Nad 65 let	18-20 nebo nad 35	Více než 3 kg/ 3 měsíce	Poloviční porce	- bolesti břicha - nechutenství	<u>Střední</u> (chronické onemocnění, DM, menší chirurgický výkon, nekomplikovaný chir.výkon)	1
	Pod 18	3-6 kg/ 3měsíce, volné šatstvo	- Jí občas - nejl	-zvracení -průjem nad 6x za den	<u>Vysoký</u> (akutní dekomp. onemocnění, rozsáhlý chir.výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP, ARO)	2
Nad 70 let		Více než 6 kg/ 3 měsíce				3

* Nelze-li pacienta změřit a zvážit- 2 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti).

* Nelze-li od pacienta získat informace- 3 body (v takovém případě nevyplňovat označené oblasti).

Zhodnocení rizika malnutrice:

0 - 3 body -bez nutnosti intervence

4 - 7 bodů -nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta

8 a více bodů -malnutrice ohrožující život / průběh choroby, bezpodmínečně nutná nutriční léčba

Příloha č. 3.

Fotografie slečny M. z 10/2006 a 10/2007.



Příloha č. 4.

Fotografie dekubitu v sakrální oblasti z 5. 12. 2006.



Příloha č. 5

Rozšířená stupnice Nortonové pro hodnocení rizika vzniku dekubitů z 5. 12. 2006.

Slečna M. dosáhla 21 bodů.

	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	bdělý	chodící samostatný	úplná	kontinentní
3	malá	do 30 let	suchá šupinatá	snížení imunity, horečka, DM,	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
2	částečná	do 60 let	vlhká	obezita, anémie, skleróza multiplex	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontinence převážně moče
1	žádná	nad 60 let	alergie porušená	cévní onemocnění, kachexie, karcinom	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkontinence moče i stolice

Riziko vzniku dekubitů: 25 - 24 bodů- nízké

23 - 19 bodů- střední

18 - 14 bodů- vysoké

13 - 9 bodů- velmi vysoké

Příloha č. 6.

Barthelův test základních všedních činností z 5. 12. 2006.

Slečna M. dosáhla 50 bodů.

1.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci (napití)	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomoci	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci (s chodítkem)	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomoci	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatná nad 50m	15
		S pomoci 50m (s chodítkem)	10
		S pomoci do 50m, na vozíku 50m	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomoci	5
		Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti		
ADL 4	0 - 40 bodů	vysoce závislý
ADL 3	45 - 60 bodů	závislost středního stupně
ADL 2	65 - 95 bodů	lehká závislost
ADL 1	100 bodů	nezávislý

Příloha č. 7.

Rizikové faktory pro vznik pádu - zhodnoceno 5. 12. 2006.

Slečna M. dosáhla v hodnocení rizika pádu 4 body, což znamená riziko pádu.

Věk 70 let a více	1
Pád v anamnéze	1
Pooperační období (prvních 24 hodin)	1
Závratě	1
Epilepsie	1
Zrakový / sluchový problém	1
Inkontinence	1
Hypotenze	1
Problém s pohyblivostí	1
Dezorientace	1
Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizéry, antidepressiva, antihypertenziva, laxantia)	1
Celkem	4

Hodnocení: 0 - 1 bod - bez rizika vzniku pádu

2 - 11 bodů - riziko vzniku pádu