



Jiří Frei, Vysoká škola v Plzni, o. p. s.

Souhrn

Článek stručně shrnuje problematiku HIV/AIDS. Jsou zde vysvětleny základní definice HIV/AIDS, historie a postupně se vyvíjející poznatky o této problematice. Formou kazuistiky konkrétního pacienta s diagnózou HIV/AIDS je zde popsán komplexní přístup a ošetrovatelská péče o pacienta s diagnózou HIV/AIDS.

Klíčová slova

AIDS - Antiretrovirová léčba - AZT * Deficit imunity - HIV - Prevence HIV/AIDS - Způsoby přenosu HIV/AIDS

Úvod

Infekční choroby provázejí lidstvo od nepaměti. AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ovlivnil nejen životy mnoha lidí i celých národů.

Už Gottlieb zdokumentoval a popsal v roce 1981 první případy pneumocystové pneumonie u mladých mužů-homosexuálů. U těchto mužů byl zároveň zjištěn pokles T4 lymfocytů. Ve stejném roce byl v New Yorku u dvou mladých homosexuálně orientovaných mužů diagnostikován Kaposiho sarkom. To vedlo k tomu, že byla v roce 1982 v Centru pro kontrolu nemocí a prevenci (CDC) vytvořena první definice AIDS.

V letech 1983 - 1984 objevily tři nezávisle na sobě pracující skupiny pod vedením Montagniera, Galla a Levyho původce onemocnění AIDS, virus lidské imunodeficiency který byl v roce 1986 pojmenován HIV (Human Immunodeficiency Virus). Původ tohoto infekčního onemocnění však doposud není zcela přesně znám. V současné době se jako nejpravděpodobnější teorie jeví ta, že virus HIV se do lidské krve dostal z krve opic, pravděpodobně při častých krvavých afrických rituálech. Z afrického kontinentu se pak infekce šířila dále do světa.

Postupným zkoumáním všech dostupných údajů bylo zjištěno, že HIV se mezi lidskou populací šíří třemi základními způsoby: 1. Přenos při pohlavním styku. 2. Přenos krevní cestou - tyto dva způsoby přenosu jsou rovněž nejčastější. Proto se nechráněný pohlavní styk zejména do pochvy a konečníku považuje z hlediska možnosti nákazy virem HIV za vysoce rizikový akt. K nákaze krevní cestou může dojít například podáním infikované krve nebo krevních přípravků, při injekčním užívání drog apod. 3. Vertikální přenos viru HIV - infikovaná matka může nakazit dítě, a to například intrauterinně, velmi často perinatálně a v některých případech i během kojení.

Zjištění možných způsobů přenosu HIV u člověka bylo revolučním objevem. Jen díky tomu bylo možné začít uvažovat o léčbě a zejména prevenci tohoto onemocnění. V roce 1987 byl k dispozici první antiretrovirový lék azidothymidin (AZT) - nukleosidový inhibitor reverzní transkriptázy. V dalších letech pak byly vyvíjeny inhibitory virové proteázy, které se uplatňovaly zejména při kombinační léčbě, která se také neustále vyvíjela a zdokonalovala. Jako jedna z nejlépe účinných terapií se postupem doby začala jevit kombinovaná léčba se dvěma nukleosidovými inhibitory reverzní transkriptázy a jedním inhibitorem virové proteázy - Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). Tato léčba vedla u HIV+ jedinců ke snížení plazmatické hladiny virové RNA až pod zjištěitelné množství. Postupem času se bohužel přišlo na mnohá úskalí této léčby, která se projevovala zejména její finanční náročností, množstvím vedlejších účinků a velmi záhy vznikající rezistencí.

V současné době se vědci zaměřují kromě vývoje účinné léčebné látky zejména na vývoj vakcíny. Ta by měla plnit účel preventivní i léčebný. Důvod, proč se vakcína považuje za ideální, je ten, že by neničila přímo infekci, jako je tomu například u antibiotik, ale předem by posílila imunitní systém člověka před HIV. Vývoj této vakcíny je bohužel komplikován velkou mutagenitou viru. Proto je v současné době stále neefektivnější a nejněsněji proveditelná zejména prevence onemocnění, na kterou se také stále zaměřuje mnoho organizací a národů.

Do konce roku 2004 bylo na světě cca 39,4 miliónů (35,9 - 44,3 mil.) osob žijících s HIV/AIDS. V České republice bylo k 31. 12. 2004 registrováno celkem 737 HIV+ osob české národnosti a cizinců dlouhodobě v ČR žijících - tyto údaje jsou sice oficiální, podle odhadů ale může být ve skutečnosti počet HIV+ osob až desetkrát vyšší.

Péče o HIV pozitivní osoby se všeobecně považuje za rizikovou činnost, při dodržování všech zásad bezpečnosti práce a zásad prevence však riziko klesá na minimum. Zejména je třeba si uvědomit, že HIV+ pacient je pacient jako kterýkoli jiný, a proto se ani péče o něj v zásadě příliš neliší od péče o ostatní nemocné.

Kazuistika

33letý muž s diagnózou AIDS, je léčen již několik let. Kvůli jeho nezodpovědnosti, užívání návykových látek v průběhu léčby a nedodržování jejích hlavních zásad se jeho zdravotní stav často komplikuje. Od začátku léčby byl pacient několikrát hospitalizován pro zhoršení celkového zdravotního stavu. Průběžně je ovšem sledován a léčen pouze ambulantně. K jeho dalším zdravotním komplikacím patří prodělaná hepatitida A a C, která přešla do chronického stavu. Během léčby se vyskytly i další komplikace, například wasting syndrome, některé nežádoucí účinky léčiv, dermatitida, bronchopneumonie apod.

U 33letého pacienta, který byl v roce 2003 hospitalizován pro progredující pneumonii, byla během této hospitalizace diagnostikována přítomnost HIV. Kromě toho u něj byly zjištěny markery prodělané virové hepatitidy C a A. U pacienta bylo zjištěno rovněž intravenózní užívání drog (opium), které si aplikoval vypůjčenými injekčními stříkačkami již od roku 1995. Během tohoto prvotního záchytu a sledování byla navíc diagnostikována seboroická dermatitida, astenie a pokles CD4 T + lymfocytů na 20/mm³. Ihned byla zahájena léčba HAART.

Pacient se přistěhoval do ČR v roce 2001 a je nezaměstnaný. Je ženatý, ale s manželkou nežije. Užívá vitaminy, alkohol (až 1 litr vodky denně), občas si dá kávu. V 15 letech začal užívat intravenózně opium. Pravidelně drogy užívá od roku 1995 a vykouří cca 20 cigaret denně. Z pohlavně přenosných chorob prodělal v roce 1993 gonoreu a muňky. Pacient je heterosexuální a od roku 1993 má většinou náhodný pohlavní styk. Všechny své sexuální partnery si nepamatuje, ale údajně jim vždy oznámil, že je HIV pozitivní.

Po diagnostice HIV positivity byl pacient hospitalizován na infekční klinice, kde byla také nasazena léčba HAART. Byla rovněž diagnostikována bronchopneumonie s podezřením na TBC. Po pěti dnech léčby na oddělení u pacienta ustoupily teploty a celkový klinický stav se zlepšil. Po deseti dnech hospitalizace byl proto propuštěn do domácího ošetřování, k další ambulantní léčbě se ale již nedostavil. Přišel až po 12měsíčním vysazení antiretrovirové léčby (ARV) a po celou tuto dobu měl abúzus heroinu. Při další kontrole byla diagnostikována zhoršená kvalita vizu a některé další zdravotní problémy. Během této návštěvy byla pacientovi změněna léčba. Byly nasazeny léky Viracept, Videx a Viread. I přes tuto léčbu však byla v polovině roku 2004 nutná hospitalizace na lůžkovém oddělení.

Příjmové lékařské diagnózy při začátku hospitalizace: 1. Onemocnění HIV, projevující se syndromem chátrání (wasting syndrome). 2. Následky nežádoucích účinků léčiv, návykových a biologických látek. 3. Psoriáza. 4. Seboroická dermatitida, NS.

Ošetřovatelské problémy (diagnózy): 1. Strach a úzkost. 2. Hypertermie. 3. Porucha kožní integrity. 4. Abstinenční syndrom (třes). 5. Zhoršení psychického stavu (nervozita). 6. Úbytek tělesné hmotnosti.

Při přijetí na oddělení byla nasazena nová léčebná kombinace léků (Viracept 250 mg 4-0-4, Combivir 1-0-1, Tiapridal dle potřeby, Subutex 0,4 mg 1-0-1, Tramal dle potřeby, NO-SPA dle potřeby).

Nynější onemocnění: poslední půlrok údajně každý den užíval heroin (šňupal 3krát 1 "psaníčko"). Před 14 dny začal abstinovat za asistence lékařů v protidrogovém centru. Asi 10 dní užívá Subutex 2-0-2 subl. tbl. Během poslední 6 měsíců ubyl asi 8 kg na hmotnosti. Zhoršila se mu psoriáza a seboroická dermatitida. Proto se dostavil k léčbě.

Při fyzikálním vyšetření bylo zjištěno: pacient afebrilní, astenický, klidově eupnoický, nejeví příznaky ovlivnění drogou. Hrdlo je překrvené, tonzily nezvětšené, jazyk jen lehce povleklý, bez známek patologických příznaků. Submandibulární uzliny drobné. Dýchání sklípkové, jen zhrubělé, akce srdeční pravidelná (90/min), ohraničená. Tapotement negativní bilaterálně, břicho v úrovni, peristaltika pozitivní, poklep diferenciálně bubínkový. Břicho palpačně měkké, dobře prohmatné, nebolestivé, bez rezistence. Svalová atrofie na dolních končetinách, pod koleny ložiska psoriázy, na obličejí seboroická dermatitida.

Pro další ošetřování byl zvolen ošetřovatelský model Roperové. Dle jeho hlavních bodů bylo zjištěno následující.

Udržování bezpečného prostředí - subjektivně: pacient nepocituje žádné problémy. Kouří, v současné době je v odvykací péči lékařů kvůli užívání návykových látek, jiné problémy nemá. Objektivně: občasné zhoršení psychického stavu, mírný abstinenční syndrom projevující se například třesem, kouří, pije alkohol.

Komunikace - subjektivně: bez potíží. Objektivně: pacient komunikuje bez větších problémů. Je ale spíše introvert.

Dýchání - subjektivně: bez problémů. Objektivně: bez dušnosti, dýchání čisté, pouze zhrubělé, bez příznaků cyanózy či jiných patologických jevů.

Příjem jídla a tekutin - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient přijímá stravu i tekutiny bez problémů, za poslední půlroku však ubyl na hmotnosti o 8 kg, byl u něj diagnostikován wasting syndrome.

Vylučování - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient je plně kontinentní, netrpí žádnými komplikacemi souvisejícími s vylučováním.

Osobní hygiena a oblékání - subjektivně: nemá moc peněz na nové oblečení, je nezaměstnaný. Objektivně: pacient upraven dle možností, mírný deficit v sebedpěči.

Kontrola tělesné teploty - subjektivně: bez problémů. Objektivně: hypertermie, mírné pocení, pacient je dostatečně hydratován.

Zaměstnání a hraní - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient tráví volný čas sledováním televize, o jiné aktivity nemá zájem.

Mobilizace - subjektivně: bez problémů. Objektivně: pacient je plně mobilní a soběstačný.

Spánek - subjektivně: bez větších problémů. Objektivně: pacient chodí spát pozdě, dlouho se dívá na televizi, poruchami spánku netrpí.

Sexualita - subjektivně: bez větších problémů, pouze omezení týkající se používání ochrany vzhledem k riziku přenosu HIV. Se svým sexuálním životem však není zcela spokojen. Objektivně: pacient žije sexuálním životem, dle jeho slov partnerkám oznamuje, že je HIV pozitivní.

Umírání - subjektivně: nechce umřít. Objektivně: pacient je seznámen se svým zdravotním stavem.

Řešení jednotlivých ošetřovatelských diagnóz ukazuje následující tabulka.

Řešení jednotlivých ošetřovatelských diagnóz

1. Problém: strach a úzkost	Příčina: obava ze zhoršení zdravotního stavu, obava z budoucnosti
Projevy: zhoršení nálady, vyjádření pocitu strachu, uzavřenost	Cíl: u pacienta zmírnit pocit strachu
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. ověř, zda pacient pochopil vše související s péčí, 2. komunikuj s pacientem a podporuj jeho vyjádření emocí, 3. podej pacientovi dostatečné informace o aktuálním zdravotním stavu	
2. Problém: přetrvávající hypertermie	Příčina: oslabení imunitního systému, reakce na léčbu a aktuální zdravotní stav
Projevy: zvýšení tělesné teploty (cca 37 °C)	Cíl: tělesná teplota v normě (36,5 - 37 °C)
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. zajisti pacientovi dostatek tekutin, 2. měř a hodnot častěji tělesnou teplotu, 3. udržuj pacienta v klidu, 4. podávej antipyretika a tekutiny dle ordinace lékaře	
3. Problém: porucha kožní integrity	Příčina: oslabení imunitního systému
Projevy: seboroická dermatitida	Cíl: odstranit, zmírnit nebo zamezit dalšímu šíření dermatitidy
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře, 2. hodnot a sleduj stav pokožky, 3. kontroluj pravidelnou hygienu pacienta a upozorni jej na tuto nutnost	
4. Problém: abstinenční syndrom	Příčina: užívání návykových látek
Projevy: třes, nervozita, nutková potřeba kouření cigaret, zhoršení celkového psychického stavu	Cíl: udržet pacienta nezávislého na návykových látkách
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře - podávej pacientovi Subutex, 2. sleduj a hodnot celkový stav pacienta, 3. edukuj ho v nutnosti dalšího setrvání bez návykových látek, 4. psychicky podporuj pacienta a komunikuj s ním, 5. zajisti nemožnost případného užití návykových látek, 6. kontroluj a ověřuj, zda pacient opravdu užil Subutex	
5. Problém: zhoršení psychického stavu	Možná příčina: celkové zhoršení zdravotního stavu, odvykácí léčba na užívání návykových látek
Projevy: nervozita, uzavřenost, menší problémy s komunikací	Cíl: zlepšení psychického stavu
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. komunikuj s pacientem a psychicky jej podporuj, 2. plň ordinace lékaře, 3. v případě nutnosti zajisti přítomnost odborníka (psychologa, psychiatra apod.)	
6. Problém: úbytek hmotnosti	Příčina: wasting syndrom, celkové zhoršení zdravotního stavu
Projevy: trvalý úbytek hmotnosti v posledním půlroce, zvýšená únava	Cíl: BMI 22 - 25, zabránit dalšímu úbytku hmotnosti
Ošetřovatelský plán, intervence: 1. plň ordinace lékaře, 2. zajisti pacientovi správnou dietu, 3. je-li třeba, kontaktuj dietní sestru a vše s ní konzultuj, 4. sleduj a hodnot pacientovu hmotnost (1krát denně), 5. zajisti vhodný poměr mezi pacientovým energetickým výdejem a příjmem (dostatek odpočinku, stravy apod.)	

Edukační plán

Účelem edukačního plánu bylo poskytnout pacientovi informace o jeho aktuálním zdravotním stavu, důležitosti vytrvání v nepřerušované léčbě a vyhýbání se návykovým látkám.

Cíl: pacient bude seznámen se svým zdravotním stavem, bude znát rizika přerušování léčby a rizika případného užívání návykových látek.

Edukační plán byl sestaven na 20 minut, ve kterých byl pacient seznámen se všemi informacemi. **Specifické cíle:** 1. znát aktuální zdravotní stav, 2. znát rizika vysazení nebo přerušování zavedené léčby, 3. znát rizika užívání návykových látek, 4. znát povinnosti a možnosti pacienta s HIV, 5. vyjádřit všechny pocity a obavy z nemoci. K hlavním rysům edukačního plánu patřilo vysvětlení jednotlivých cílů. Metodou prezentace bylo vysvětlení pomocí ústního rozhovoru a metodou evaluace bylo zvoleno opakování, otázky a odpovědi.

Zhodnocení, diskuse a závěr

Pacient byl do domácího ošetřování propuštěn po 7 dnech hospitalizace. **Lékařské propouštěcí diagnózy:** 1. onemocnění HIV, projevující se syndromem chátrání, 2. následky nežádoucích účinků léků, návykových a biologických látek, 3. chronická virová hepatitida C, 4. seboroická dermatitida, NS.

Většinu **ošetřovatelských problémů** se podařilo vyřešit.

Problém týkající se pacientova **strachu a úzkosti** se podařilo částečně vyřešit vysvětlením aktuálního zdravotního stavu a pacient se subjektivně obával méně. Objektivně byl výsledek patrný stejně.

Přetrvávající **hypertermie** ustoupila po 5 dnech a pacient se cítil subjektivně lépe. Objektivně byly hodnoty tělesné teploty také v normě.

Porucha kožní integrity se bohužel zcela vyřešit nepodařila a u pacienta stále přetrvávala seboroická dermatitida v oblasti obličeje.

Abstinční syndrom a zhoršení psychického stavu se podařilo částečně vyřešit pravidelným podáváním Subutexu, popř. dalších léků tlumících některé neurologické příznaky. Subjektivně se pacient cítil nervózní. Objektivně se však stav pozvolna zlepšil, jen ojediněle byl zaznamenán menší třes.

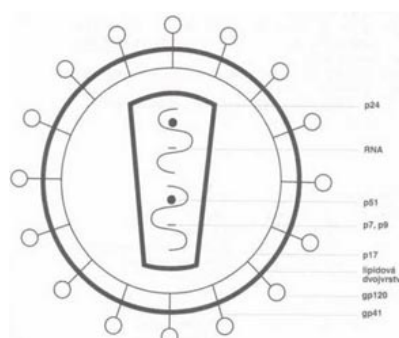
Úbytek hmotnosti se podařilo zastavit a celková hmotnost se ustálila na 63 kilogramech. Subjektivně se pacient cítil bez problémů a rovněž únavu již nepociťoval. Objektivně byl stav uspokojivý, ovšem stále přetrvává wasting syndrom.

Během hospitalizace a sledování pacientova zdravotního stavu byly použity některé **škály pro hodnocení zdravotního stavu**. Například v Barthelově testu všedních činností dosáhl pacient 100 bodů, tedy úplné nezávislosti. Melzackův test byl ohodnocen číslem 1, s tím, že bolest je pouze občasná. Škála Nortonové je 31, což je uspokojivý výsledek. Za dobu hospitalizace se celkový stav pacienta stabilizoval, takže mohl být propuštěn do domácího ošetřování. Stále je však dispenzarizován kvůli diagnóze HIV/AIDS. Pacientův stav je bohužel celkově komplikován jeho nezodpovědným přístupem k léčbě (vysazení předepsaných léků, užívání návykových látek apod.).

Pacientova prognóza značně závisí zejména na jeho přístupu k léčbě a na jeho psychickém stavu. Ošetřující personál vynakládá na zlepšení jeho zdravotního stavu veškeré možné prostředky a úsilí.

Literatura:

1. Montagnier, L.: AIDS fakta - naděje. 2. české vyd. Praha: Nadace pro život ve spolupráci s Centrem preventivního lékařství 3. LF UK, SZÚ Praha, NRL pro AIDS, 1996.
2. Sedláček, D.: Komplexní přístup AIDS centra FN Plzeň k řešení problematiky infekce HIV/AIDS v západočeském regionu. Plzeň: Plzeň. lék. sb., Supl. 77, 2002: 5-96.
3. Rozsypal, H.: AIDS klinický obraz a léčba. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1998.
4. Národní program boje proti AIDS / SZU: Co je AIDS a virus HIV. <http://www.aids-hiv.cz/>
5. Frei, J. - Mládež ČČK - projekt HIV/AIDS a život nás všech: Vše nejen o HIV/AIDS. <http://www.sweb.cz/aids.projekt>.
6. Stehlíková, D., Procházka, I., Hromada, J.: Homosexualita, společnost a AIDS v ČR, Praha: Sdružení organizací homosexuálních občanů (SOHO) v ČR, 1995.
7. Sontagová, S.: Nemoc jako metafora, AIDS a jeho metafory, Praha: Mladá fronta dnes, 1997.
8. Connor, S., Kingmanová, S.: AIDS - ztracená imunita, Praha: Panorama, 1991.
9. Holub, J. a kol.: AIDS a my aneb Co je třeba vědět o AIDS, Praha: Grada Avicenum, 1993.



Popis jednotlivých částí HIV a jeho základní struktura



Ukázka pacienta s wasting syndromem. Tento syndrom



Ukázka HIV pozitivního pacienta se zduřenými



Ukázka pacienta s wasting syndromem. Tento syndrom se objevuje u HIV+ pacientů, kteří jsou již ve stadiu AIDS. Jde o syndrom chřadnutí a pacienta může upoutat na lůžko. Projevuje se celkovým úbytkem na váze a chátráním organismu.



Ukázka HIV pozitivního pacienta se zduřenými lymfatickými uzlinami. Zduření lymfatických uzlin může být jedním z projevů HIV positivity během akutního retrovirového syndromu (v prvních týdnech po prodělení nákazy virem HIV). Může se ovšem vyskytovat i v dalších fázích HIV infekce.