

Nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace
Purkyňova 11, 695 26 HODONÍN

Metodický postup Prevence a ošetřování dekubitů

Obsah:

1. Prevence a léčba
2. Rizikové faktory
3. Antidekubitární pomůcky
4. Polohování
5. Kontrola a ošetření predilekčních míst
6. Hygiena a ošetření kůže
7. Řešení inkontinence
8. Nutriční intervence
9. Edukace pacienta a rodiny
10. Klasifikace dekubitů
11. Hodnocení rány
12. Péče o ránu
13. Terapeutická krytí pro vlhké hojení ran
14. Přílohy
 1. Příklad výstupu sumarizace dekubitů v našem zařízení
 2. Edukace pacienta na doma
 3. WHC – kontinuum hojení rány, hodnocení dle převažující barvy na spodině rány
 4. Klasifikační model ran

Datum účinnosti:

1. 2. 2012

Výtisk č. 1.

Počet listů : 36

Vydání : 2

Vypracovala: Markéta Symerská,
konzultantka komplikovaně se hojících
ran, skupina pro prevenci a péči o
dekubity

Schválil:
Bc. Naděžda Kwašniewská

Kontrolovala:
Prim. MUDr. Věra Dostálová

ČLENOVÉ SKUPINY PRO PREVENCI A PÉČI O DEKUBITY

- Drahomíra Křížová chirurgické oddělení
- Soňa Ištvánková odd. ošetrovatelské péče
- Bc. Radmila Krupicová gynekologické oddělení
- Bc. Dana Koláčková interní oddělení
- Alena Čevelová dětské oddělení
- MUDr. Michal Šikuda konzultant
- Markéta Symerská konzultant pro komplikovaně se hojící rány

1. PREVENCE A LÉČBA DEKUBITŮ

Dekubity představují poměrně specifické onemocnění, které postihuje nemocné s náhle či dlouhodobě sníženou pohyblivostí. Jeho následky a komplikace mohou být velmi závažné. Příčiny vzniku dekubitů jsou všeobecně známy, existuje celá řada antidekubitárních pomůcek, a také včasná identifikace nemocných ohrožených vznikem dekubitů je součástí standardů ošetrovatelské péče. Dobře organizovaná a vysoce profesionální ošetrovatelská péče hraje zásadní úlohu nejen při terapii dekubitů, ale především v jejich prevenci.

Sumarizace dekubitů – příklady výstupů sumarizace dekubitů

/ příloha č. 1/

Výskyt dekubitů u pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních do jisté míry vypovídá o kvalitě ošetrovatelské péče. Skupina pro prevenci a léčbu dekubitů zajišťuje pravidelné kontroly na jednotlivých odděleních. Každé 3 měsíce se provádí sumarizace dekubitů zaměřená na kontrolu počtu dekubitů **donesených**. To jsou dekubity, které vznikly mimo naše zařízení. Nejdůležitější je pak ukazatel dekubitů **vzniklých** v našem zařízení. Hodnotí se průběh hojení již vzniklých dekubitů. Cílem této skupiny je vyhledávat a především odstranit možné nedostatky v nastavené ošetrovatelské péči.

Skupina pro prevenci a ošetřování dekubitů provádí pravidelnou sumarizaci dekubitů. Pro správné vedení počtu dekubitů zjištěných v našem zařízení jsou nejdůležitější vstupní informace při příjmu pacienta na jednotlivá oddělení, při přeložení pacienta na jiné lůžkové pracoviště a při propuštění z nemocnice.

Základní informace, které musí obsahovat dokumentace pacienta se zjištěným dekubitem – stupeň dekubitu (I.-IV.), stupeň rizika dle Nortonové, místo vzniku (donesený, vzniklý v našem zařízení a kde), lokalitu, velikost, barvu spodiny, způsob terapie.

Cíl péče

Včasná identifikace nemocných ohrožených vznikem dekubitu. Správnými ošetrovatelskými postupy zamezit vzniku dekubitů. Zajistit vhodné podmínky pro hojení u dekubitů již vzniklých. Edukace pacienta i rodinných příslušníků. Psychická podpora, vedení k soběstačnosti a aktivnímu pohybu.

Standardní postupy

Preventivní

- stav kůže i ošetřování dekubitu pečlivě a podrobně zapisujte do zdravotnické dokumentace
- umístěte pacienta s rizikem vzniku dekubitu na lůžko s vhodnou matrací dle aktuálního stavu pacienta
- kontrolujte denně kůži a sliznice u pacientů s velkým rizikem vzniku dekubitů (použijte stupnici podle Nortonové), čím větší riziko – tím intenzivnější preventivní opatření, hlavní pozornost věnujte predilekčním místům
- nemasírujte kůži nad kostními výčnělky, zvolte raději jemnou poklepovou masáž
- ved'te pacienta k aktivnímu pohybu, v případě potřeby zajistěte rehabilitační terapii, naučte pacienta v rámci jeho možností měnit polohu
- minimalizujte možnost poranění kůže při přesunu, redukovat riziko šetrnou manipulací s pacientem na lůžku
- polohujte pacienta v intervalech 10 minut až 2 hodin dle stupně rizika a rozvrhu polohování, přizpůsobte potřebám pacienta, zapisujte do polohovací dokumentace
- používejte při polohování vhodné pomůcky, vypodložte predilekční místa, oddělte kostní výčnělky v oblasti kolen a kotníků od vzájemného kontaktu, zabezpečte úlevu tlaku na paty zvednutím a oddělením od lůžka
- provádějte hygienickou péči u pacienta podle jeho individuálních potřeb, vyhněte se používání horké vody a používejte jemné hygienické pomůcky, kůži důkladně vysušte
- používejte při hygienické péči ochranné prostředky např. Menalind
- pečujte o kůži tak, aby se třecí síla na ni minimalizovala
- správná manipulace s imobilním pacientem na lůžku
- minimalizujte kontakt pacienta s vlhkostí způsobenou inkontinencí, pocením

- osobní i ložní prádlo pacienta udržujte vždy v suchu a čistotě, dbejte na vyrovnané lůžkoviny
- sledujte příjem potravy pacienta, povzbuzujte jej k jídlu výživné a na vitamíny bohaté stravy a dostatečnému příjmu tekutin
- preventivně aplikujte transparentní filmové obvazy na predilekční místa

Léčebné

- kontrolujte kůži pacienta, všímejte si lézí a vzniklých změn
- sledujte proces hojení a snažte se docílit hojení ran bez komplikací, správným dodržováním jejich okolí v čistotě a suchu, pravidelným převazováním a ošetřováním
- zajistěte terapeutická krytí na ráně, aby nedošlo k předčasnému znehodnocení
- sledujte bolestivost poškozené kůže, proveďte vhodný způsob snižování bolesti
- při převazové terapii postupujte dle platných ošetřovatelských standardů – Všeobecný standard ošetřovatelské péče č.58 – Převaz rány
- zvolte vhodný obvaz v závislosti na stupni poškození a ordinaci lékaře, používejte na ránu vždy sterilní obvaz, odebírejte z ran vzorky na bakteriologické vyšetření, pokud vyšetření naordinuje lékař
- průběžně hodnotěte ránu, zapisujte do dokumentace (plán léčebné a ošetřovatelské péče, polohovací záznam, ošetřování a terapie dekubitů, záznam bolesti, záznam nutrice a hydratace, rehabilitační záznam atd.)
- omezte používání neprodyšných materiálů
- informujte pacienta, a jeho rodinu, o způsobu péče o dekubity, zapojte je do samotné péče, zvyšujte soběstačnost a sebeobsluhu pacienta a vůli chorobu překonat

2. RIZIKOVÉ FAKTORY

Dekubity jsou rány, které vznikly na podkladě lokálního působení tlaku na tkáň. Mezi synonyma dekubitů patří proleženiny, proleženy, tlakové rány nebo tlakové vředy. Všechny dekubity jsou primárně způsobeny nepřerušovaným tlakem, který poškozuje i malé cévy a dochází ke vzniku hypoxie a následnému odumření buněk. Čím má pacient větší hmotnost, horší celkový stav, tím rychleji může dekubitus vzniknout. Tlaková

nekróza postihuje tkáně, které leží mezi podložkou a kostní prominencí. Poškození tkání tlakem postupuje z hloubky na povrch organismu. Dekubity obvykle nacházíme v tzv. rizikových oblastech – predilekční body, jejichž umístění na těle pacienta souvisí s anatomickým uspořádáním kostních výčnělků a s polohou, kterou na lůžku (nebo vozíku) pacient zaujímá. Těmto predilekčním místům je nutné věnovat zvýšenou pozornost po celou dobu trvání rizika vzniku dekubitů. Tření a střížná síla pak působí souběžně. Vznik a následnou léčbu ovlivňuje řada faktorů, které působí jak místně, tak celkově. Jsou to vlhkost, mobilita, poruchy CNS, věk, výživa, tělesná teplota, souběžné nemoci.

Vlhkost vede k maceraci kůže, může být způsobena močí, stolicí, drenáží, potem, nesprávnou hygienou. Je nutné si uvědomit, že macerovaná, nebo jinak poškozená kůže mimo oblast predilekčních míst není dekubitus.

Člověk postižený plegií, apatií, poruchou vědomí, extrémně zesláblý má sníženou schopnost odpovídat na kompresi tkání, nemění sám polohu.

Poruchy inervace predilekčních míst, mozku, míchy urychlují vznik dekubitu.

Ve vyšším věku je omezena regenerační schopnost organismu.

Špatný stav výživy výrazně ovlivňující vznik a průběh dekubitů. Negativně působí nedostatek bílkovin, vitamínů, zinku a železa.

Zvýšená tělesná teplota zvyšuje potřebu kyslíku a to i na místech vystavených tlaku.

Narušení obranyschopnosti a regenerace organismu je při dlouhotrvajících chorobách, maligním onemocnění, infekčních nemocech, při onemocnění srdce a cév, anémii, selhání ledvin apod.

Hodnocení a rizika vzniku dekubitů

Dekubity jsou velmi těžkou a život ohrožující komplikací pacientů s jinými závažnými chorobami. Přináší nemocným velká utrpení. **Včasná identifikace nemocných ohrožených** vznikem dekubitu a účinné nastavení preventivních opatření je zcela v kompetenci **nelékařského ošetrovatelského personálu a je součástí ošetrovatelských standardů a diagnóz**. Výskyt je možno snížit kvalitní ošetrovatelskou péčí, jejímž hlavním cílem je prevence.

Sestra musí včas identifikovat nemocného ohroženého vznikem dekubitů a vypracovat individuální preventivní postup. Pro vyhodnocování rizik vzniku dekubitů používáme vypracovaného hodnotícího systému. Škála dle Nortonové zahrnuje bodové hodnocení v kategoriích: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, fyzický stav,

psychický stav, aktivita, pohyblivost, inkontinence. Vyhodnocením počtu bodů lze určit pravděpodobnost vzniku dekubitů. Nemocný musí být prohlédnut co nejdříve po přijetí. Riziko vzniku dekubitů se má přehodnocovat při každé podstatné změně pacientova stavu. Ošetrovatelská péče musí držet krok s měnící se povahou potíží pacienta.

Srovnávací systém vyhodnocení vzniku proleženin podle Nortonové

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Jiné nemoci	Tělesný stav	Vědomí	Denní aktivity	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	Do 10	Normální	žádné	dobrý	bdělý	chodí	úplná	není
3	malá	Do 30	Alergická	DM, TT	zhoršený	apatický	doprovod	částečně omezená	občasná
2	částečná	Do 60	Vlhká	anemie, kachexie	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moči
1	žádná	60a více	Suchá	trombóza, obezita karcinom	velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	stolice i moč

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. velmi vysoké riziko | 9 – 13 bodů |
| 2. vysoké riziko | 14 - 18 bodů |
| 3. střední riziko | 19 – 23 bodů |
| 4. nízké riziko | 24 – 25 bodů |
| 5. žádné riziko | 26 a více bodů |

3. ANTIDEKUBITÁRNÍ POMŮCKY

Mezi hlavní cíle v terapii proleženin patří odstranění působení tlaku na postiženou oblast. K tomu nám slouží celá škála antidekubitárních pomůcek. Molitanové podložky různé velikosti a tvarů lze používat na přenesení tlaku na méně ohrožená místa - technika polohování úhlu 30°, při polohování na bok vložit mezi končetiny. Molitanové věnečky - pod lokty, paty.

Rehabilitační klíny a opěrky, chrániče na lokty a paty (papučky) – vyrobené z molitanu či syntetického rouna, v umyvatelném paropropustném obalu.

Perličkové rehabilitační polohovací pomůcky – vyrobené z polystyrenových kuliček a bavlněného, flanelového nebo omyvatelného potahu. Kuličky jsou měkké, nenasákové, nealergizují, vytvářejí tepelný efekt a při sebemenším tlaku se pohybují a dokonale přizpůsobují pacientovi.

Nafukovací – podložní kola, návleky na končetiny k odlehčení kotníků a loktů.

Gelové - kolečka pod hlavu, chrániče pat a loktů (použití při dlouhodobých operacích v celkové anestézii).

Syntetické rouna – použití pod křížovou kost, zajišťuje teplo, snižuje tření, ale nezmírňuje tlak.

Molitanová matrace celoplošná o minimální výšce 15 - 20 cm snižuje tlak, přizpůsobuje se tělu pacienta.

Antidekubitární matrace (pasivní) mají jádro z polyuretové pěny s prořezem do komolých jehlanů, potah z omyvatelného paropropustného materiálu, preventivní použití, lépe se přizpůsobuje tělu pacienta, tlak těla na matraci je lépe rozložen.

Aktivní matrace – podložky pod pacienta se střídavým působením tlaku s preventivními účinky.

Dynamické matrace - vysoce účinný antidekubitární systém s automatickým nakláněním o 30° boku.

Terapeutická krytí - pro vlhkou terapii ran a ochranu rizikových partií.

Pomůcky pro inkontinentní pacienty.

4. POLOHOVÁNÍ

Základem prevence dekubitů je časté polohování. Pohyb na lůžku je velmi důležitý, abychom zabránili působení tlaku na jedno místo. Pokud je pacient schopen samostatného pohybu, poskytneme mu instruktáž jakým způsobem a jak často má svoji polohu měnit. Pokud je to možné, ošetřovatelským cílem je vždy pacienta vést k sebeobsluze a soběstačnosti.

Není-li schopen samostatné změny polohy, musíme ho polohovat my. Někdy stačí měnit polohy v intervalu 2 hodin, jindy i po 10 minutách. Kromě polohování na zádech a boku využíváme i polosed a sed. Pokud je to možné, neukládáme pacienta do pozic, které jsou mu nepříjemné. Po přetočení by také pacient neměl zůstat v nějaké nepřirozené poloze, např. prohnutý v zádech, nebo mít horní končetinu zalehlou tělem apod. Snažíme se vcítit do polohy nemocného a představit si ji na sobě, zvláště u pacientů, se kterými nelze komunikovat.

K polohování využíváme také různé pomůcky, které zvyšují jeho efektivitu.

Má-li pacient ještě zdravotní komplikace, které se zlepší pouze při poloze vsedě, je nutné nejvhodnější polohu konzultovat s lékařem.

Pacient by neměl nikdy sedět na existujícím dekubitu. Pokud jsou dekubity na sedací části, lze pacienta posazovat pouze na nezbytně nutnou dobu.

Leh na zádech

Hlavu podložíme nízkým polštářem, úhel mezi lůžkem a hlavou by neměl být větší než 30°, ale ani menší 15°; polštář musí zasahovat i pod ramena.

Horní končetiny leží volně podél těla na přikrývce, aby nebyl omezen jejich pohyb, dolní končetiny – mírně od sebe, podložíme kolena do mírné flexe válcem nebo vyšším polštářem, paty podložíme molitanovými věnečky nebo dáme pod lýtka pevný polštář a paty necháme ve vzduchu, nohy nezapíráme o bedýnku, protože neustálé dráždění plosek nohou podporuje vznik spasticity na dolních končetinách.

Leh na boku

Hlavu podložíme vyšším polštářem, aby byla v úrovni páteře, spodní horní končetina leží před tělem, rameno vysuneme mírně dopředu, vrchní horní končetinu položíme úplně na tělo, nebo dáme před tělo a podložíme polštářem záda i pánev podložíme klínem, aby pacient nepřepadl do zadu, dolní končetiny jsou pokrčené pro zajištění stability těla. Mezi kolena i kotníky vložíme polštáře nebo věnečky. Také můžeme spodní dolní končetinu nechat nataženou a vrchní končetinu posunout před tělo a podložit polštářem koleno a kotník.

Poloha na břiše

téměř nepoužíváme, jelikož ji málokdo snáší.

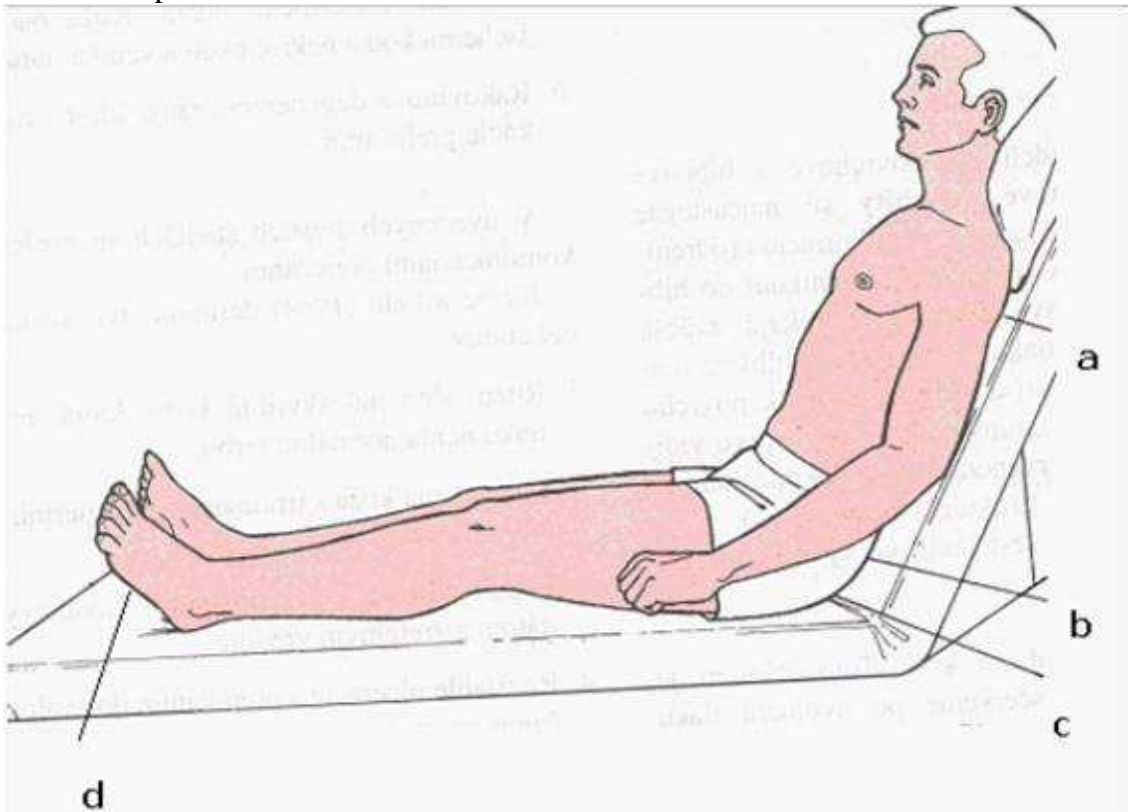
5. KONTROLA A OŠETŘENÍ PREDILEKČNÍCH MÍST

Predilekční místa

- místa nejčastějšího vzniku proleženin
- nacházejí se v oblasti, kde je pokožka blízko kosti s malou tukovou vrstvou
- závisí na poloze klienta

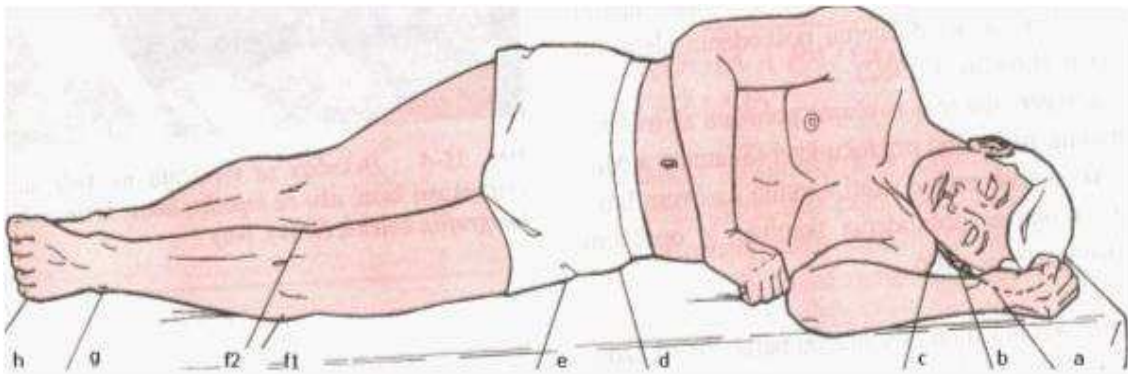
Poloha na zádech, poloha vsedě

- sakrální výběžky, paty (nejčastější vznik)
- kostrče
- obratlů, lopatek
- okcipitální kosti na hlavě



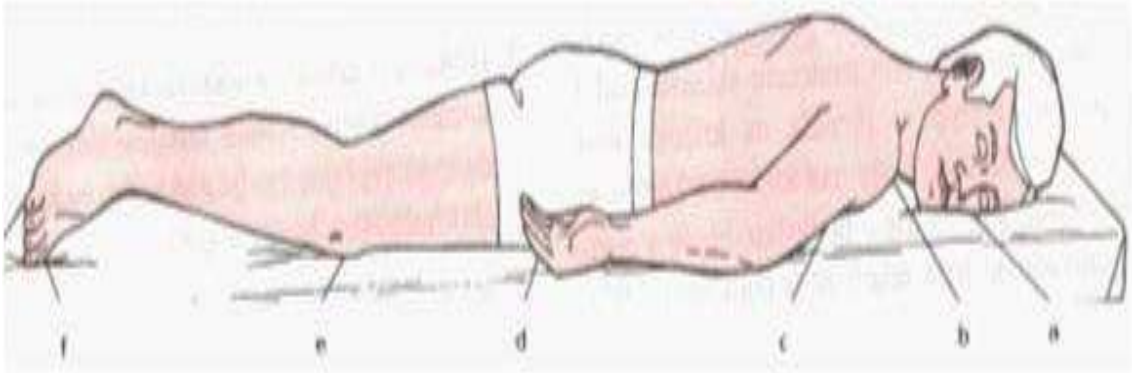
Poloha vleže na boku

- chodidlo – oblast prstů DKK přiléhajících k podložce
- kotníky a kolena DKK
- trochantery
- hrudník – žebra, lopatky
- ramenní klouby
- spánková krajina



Poloha nabříše

- DKK- konečky prstů u nohou, kolena, přední hrany holenní kosti
- distálního konce humeru
- laterální okraj lopatky kosti kyčelní, velké trochantery,
- sterna
- spánková oblast, obličejové kosti



Kromě typických lokalizací proleženin musíme myslet i na dekubity v místech dlouhodobě zavedených kanyl, drénů, katétrů, u zevní sádrové fixace nebo nevhodně přiložené elastické kompresivní bandáže.

Velký význam v prevenci dekubitů má ošetřování speciální ochrannou kosmetikou. Pro zvláčnění pokožky je vhodné používat masti a krémy bez dráždivých účinků. Na postižená místa se nesmí aplikovat masti, které obsahují látky vyvolávající lokální podráždění kůže a překrvení tkáně. Postižené místo se nikdy nemasíruje, kromě jemného vetření masti do pokožky. K prevenci vzniku dekubitů v exponovaných oblastech je možno použít i některá terapeutická krytí na rány. Zamezují působení střížných sil a podílejí se na rozložení tlaku v exponované oblasti a zabraňují maceraci kůže. Transparentní folie, hydrokoloidy, polyuretanové pěny.

6. HYGIENA, OŠETŘENÍ KŮŽE

Péče o čistotu vlastního těla je základní lidskou potřebou. Míra i způsoby uspokojování této potřeby je individuální, ale z hlediska zdravotního, hygienického a estetického máme určitá daná pravidla týkající se čistoty těla.

K hygienické péči patří

- ranní a večerní toaleta, součástí je vždy péče o kůži ochrannými prostředky
- péče o vlasy – mytí, česání
- úprava nehtů, ošetření a důkladné prosušení mezíprstí
- celková koupel
- péče o dutinu ústní a chrup
- péče o čisté osobní prádlo
- péče o lůžko a ložní prádlo

7. ŘEŠENÍ INKONTINENCE

Inkontinenci definujeme jako stav nechtěného a nedobrovolného úniku moči, který je objektivně prokazatelný a působí svému nositeli problémy sociální, psychické a hygienické.

Rozlišujeme 4 základní typy inkontinence

- stresovou
- urgentní
- reflexní
- inkontinenci z přetékání

Inkontinence moči a stolice může vést k ochlazení kůže a exkoriaci. Vlhkost zvyšuje účinek smykových sil jako výsledek zvětšené povrchové tenze mezi kůží a částí těla, která spočívá na vlhké pokožce. Kůže přilne k pokožce a nepříznivý účinek smýkání, tažení, a nebo špatného zvedání na kapilární systém se zvyšuje.

1. Udržování zdravé a intaktní kůže

Dobrá hygiena a ošetřování kůže ochrannými prostředky, které chrání namáhanou pokožku před nežádoucími látkami (např. Pityol, Menalind professional ochr. krém – ten navíc obsahuje kreatin, který podporuje přirozený ochranný mechanismus a neutralizuje pach).

2. Podpora a udržování kontinence

Existuje několik možností, které mohou potíže omezit

- časté a správné prováděné cvičení
- medikální léčba
- chirurgický zákrok
- psychologická terapie

8. NUTRIČNÍ INTRVENCE A DODRŽOVÁNÍ PITNÉHO REŽIMU – doporučení EPUAP 2003

Následující doporučení pro stravování osob s malnutricí vychází z doporučení EPUAP (Evropský poradní sbor pro otázky proleženin), které bylo vydáno roku 2003. Směrnice předpokládá, že nedostatečná výživa může vést ke zvýšenému riziku poškození tkání v důsledku působení vnějších faktorů, např. tlaku.

Léčebná výživa je součástí léčebně preventivní péče o pacienta jak s rizikem vzniku dekubitů, tak již s vzniklými proleženinami.

Stejný zásadní význam pro prevenci a léčbu ran má dostatečná hydratace pacienta. Geriatrický pacient má sníženou potřebu příjmu tekutin. Pokud není schopen přijímat alespoň 2 l tekutin denně upozorníme na tuto skutečnost oš. lékaře. Následuje pak doplnění tekutin i.v. infuzními roztoky. Sledujeme bilanci tekutin.

Cíle nutriční péče

- zlepšení nutričního stavu (dle kritérií)
- zpomalení katabolismu (navození anabolismu)
- rychlejší hojení ran
- plné krytí energetické potřeby, bílkovin a dalších nutričních složek

Algoritmus podávání stravy

A. Pacient přijímá stravu sám nebo s pomocí, sní celou porci	je v dobrém nutričním stavu	dieta racionální nebo dle základního onemocnění
	je malnutriční	dieta racionální nebo dle základního onemocnění, sipping**, strava s vyšší nutriční hodnotou (obohacená bílkovinami, energií)
	pacient s již vzniklým dekubitem	jako u malnutričních pacientů (viz výše)
B. Pacient odmítá stravu	dieta výběrová, sipping, strava s vyšší nutriční hodnotou (obohacena bílkovinami, energií)	Cubitan, Nutridrink, Fresenia
C. Pacient nepřijímá potravu vůbec	<ul style="list-style-type: none">- enterální výživa- parentální výživa (navození anabolismu podporují větvené aminokyseliny)- kombinace enterální a parenterální	Cubison

Základním cílem nutriční intervence je zlepšit podvýživu z hlediska bílkovin a energie, ideálně perorální cestou. V případech, kdy podávání běžné stravy není možné nebo dostatečné, lze zvážit podávání perorální doplňkové výživy formou sippingu – popíjení. Mezi takové doplňky stravy můžeme zařadit např. Cubitan, nebo Fresenia. Další možností je enterální výživa nosogastričnou sondou. V tomto případě příkladem nutričního doplňku s vysokým obsahem energie, bílkovin a speciálních nutrietů je Cubison. Nutriční podpora se zaměřuje na úpravu a terapii metabolických poruch. Nesmí zhoršovat aktuální zdravotní stav nemocného. Při podávání nutričních doplňků sledujeme reakce pacienta (vznik průjmů, nechutenství, zvracení). Jejím základem je úprava diety s výběrem hodnotnější stravy.

9. EDUKACE PACIENTA A RODINY

/ edukační tiskopis příloha č.2/

Nedostatečná edukace pacienta či rodiny v prevenci vzniku dekubitu může být jednou z příčin vzniku dekubitu.

Informujte pacienta či rodinu o

- stavu kůže (nutnost kontrolovat kůži min 1x/den)
- nutnost kontrolovat laboratorně biochemické hodnoty. Obecně platí: při léčbě dekubitů není možné dosáhnout lokální léčbou úspěchu, není-li pacient v celkově dobrém stavu dle ordinace lékaře
- oblastech predilekčních míst (obézní, kachektičtí)
- učení se všimnout si oblasti kůže se změnou barvy a citlivosti
- nutnost kvalitní výživy – bohatá především na bílkoviny a vitamín C (geriatrictí pacienti mají zvýšené požadavky na přísun bílkovin – až o 0,6 g/kg hmotnosti)
- nutnost spolupráce (zvyšovat zájem pacienta o svůj zdravotní stav, zvyšovat pacientovo sebevědomí, zvětšovat vůli překonat svou chorobu)
- nutnost pochopení významu vyvolávajících příčin
- zapojení do preventivních opatření
- pravidelné změně polohy těla, přenosu rovnováhy, časná RHB, aktivní cvičení na lůžku
- snaze dosáhnout nejvyššího stupně mobility (vzhledem k individuálním možnostem)
- nutností kontrolovat při polohování oblasti predilekčních míst (zrakem i pohmatem)
- efektivním používání antidekubitárních pomůcek při polohování
- uložení pacienta se zvýšeným rizikem vzniku dekubitu na antidekubitárním lůžku
- frekvenci polohování (kontrola polohy pacienta, zda se z polohy na boku nepřetáčí po krátké době zpět na záda)
- efektivních technikách polohování
- možnosti masírovat predilekční oblasti, ale jen tehdy, když nejsou zjevné příznaky poškození tkáně
- nácviku kontinence

- nutnosti dodržování léčebně - preventivních zásad (pacient s DM dodržuje dietu, aplikuje si inzulín apod.)
- nutnosti provádět hygienickou péči dle jeho individuálních potřeb
- používání vhodné kosmetiky (např. při znečištění kůže – kosmetická řada Menalind)
- správné úpravě lůžka (suché, napjaté prostěradlo – tzn. lůžko bez nerovností)
- péči o kůži tak, aby se minimalizovala třecí síla na ni
- minimalizaci faktorů okolí, které vedou k vysoušení kůže (snížená vlhkost)
- nevhodnosti masírovat kostní výčnělky
- minimalizaci vystavení pacienta vlhkosti
- minimalizaci poranění kůže při polohování, přenosu
- aktivizaci k udržení rozsahu pohyblivost kloubů
- nutnosti dodržování stravovacího a pitného režimu

10. KLASIFIKACE DEKUBITŮ dle EPUAP guidelines (EPUAP 2003)

Pro klinické hodnocení dekubitů je důležité vědět, že tlakové léze postupují z hloubky na povrch. Proto i nepatrné známky na povrchu kůže mohou znamenat již rozsáhlé poškození pod povrchem svrchní pokožky. Každý pacient může mít částečně odlišný průběh tvorby proleženiny, proto je důležité dobře znát klasifikaci dekubitů:

I. stupeň:



- zarudnutí – neblednoucí erytém intaktní kůže. Tlaková léze bez poškození kůže. Příznakem je zarudnutí, otok a zduření. Po mírném zatlačení prsty na erytém kůže zbledne (ukazuje to na neporušenost mikrocirkulace). Odstranění tlaku může vést k úplné regeneraci poškozené tkáně.

II. stupeň



- puchýř – tlakové léze s částečným, nebo povrchním poškozením kůže. Objevuje se puchýř, nebo mělký důlek, mokvavá plocha. Klinicky – odřenina, puchýř, mělký kráter.

III. stupeň



- úplné poškození kůže v celém rozsahu, poškození podkoží i svaloviny, zasahující až ke kostnímu výstupku na spodině rány. Na povrchu šedá, černá krusta – nekróza, hluboký kráter. Tlaková léze se zničenou tkání mezi kostí a pokožkou.

IV.stupeň



- vřed - tlaková léze provázená ostitidami a artritidami.

Vzhled dekubitu IV. stupně je stejný jako u předešlého, ale vedle ostitid kostního podkladu je doprovázen artritidami sousedních kloubů, mezi svaly vznikají hluboké choboty vyplněné hnisem.

CHYBY KLASIFIKACE DEKUBITU

Dekubitus je poškození kůže na těle pacienta, které vždy souvisí s lokalitou kostních výčnělků – predilekčních míst. Pokud se nejedná o tuto souvislost kosti a kůže, ránu hodnotíme, jako opruzeninu, maceraci atd. Obrázek ukazuje tzv. líbající se defekty v sakrální oblasti, které nemají souvislost s kostními výčnělky. Hodnotíme, jako opruzeninu, nebo mechanismus střížných sil, ne jako dekubitus. Mechanismus vzniku neodpovídá definici dekubitu. Pokud na začátku hojení zhodnotíme dekubitus st. IV. pak i v průběhu správného hojení a úspěšného dohojení se jedná o např. zhojený dekubitus st. IV.



sakrální oblast – tzv. líbající se defekty

11. HODNOCENÍ RÁNY – vychází z doporučení

WUWHS – Světová unie asociací pro léčbu ran

EWMA – Evropská asociace pro léčbu ran

EPUAP – Evropský poradní sbor pro otázky proleženin

ČSLR – Česká společnost pro léčbu rány

Hodnotíme:

- typ rány- etiologii, stupeň postižení
- lokalizace
- okolí rány
- velikost, hloubka, podmínování
- ranná sekrece – exudát, zápach
- přítomnost ranné infekce
- fáze, v jaké se rána nachází
- WHC – Kontinuum hojení rány dle převažující barvy na spodině rány

1. Typ rány – etiologie vzniku, stupeň postižení, dekubitus I.-IV. stupeň

O jaký typ rány jde, jak vznikla.

Příklady :

Dekubitus stupeň I.- IV. – tlakový vřed.

SDN – syndrom diabetické nohy, vřed ischemický, neuropatický, klasifikace dle Wagnera stupeň 1. – 5.

2. Lokalizace rány

Lokalita rány je důležitá pro hojení. Rána v oblasti kloubu jistě zpomalí proces hojení. Některá místa jsou náchylná k znečištění a dochází k přítomnosti infekce (např. v sakrální krajině u inkontinentních pacientů).

Místa se špatným prokrvením např. chodidlo, kotník, nárt, oblast bérce, zejména holenní kost, zde se rány hojí hůře z důvodu špatného prokrvení. Nepříznivá lokalita může ovlivnit volbu krytí – špatná možnost fixace v dané lokalitě.

3. Okolí rány

Pro úspěšné hojení rány je naprosto nezbytné udržovat její okolí bez macerací nečistot, tylomů(otlaků), keratóz(zhrublé odumřelé kůže), ošetřovat meziprstí - mykózy atd.

Okraj i okolí rány může být klidné, může dojít k jeho zarudnutí. Macerované okolí je známkou zvýšené sekrece, kapacita obvazu je vyčerpána, nutná častější výměna.

4. Velikost, hloubka – kavity, choboty

Vhodné je velikost rány průběžně zaznamenávat, neboť rána může měnit svůj tvar i velikost. Hloubku či podminování, měříme pomocí zakulacené sondy nebo pinzety. Podminování (pocketing), je jasnou známkou infekce rány.

5. Ranná sekrece - exudát

Ranná sekrece je jedním z klasických projevů nehojících se – chronických, ran. Je často vnímána, jako nadbytečné množství tekutiny na spodině rány. Následující poznatky vycházejí z konsenzu, který vypracovala Světová unie asociací pro léčbu ran WUWHS v roce 2007(WUWHS 2007b). Množství ranného exudátu, jeho charakter, vliv na hojení a okolí nehojící se rány je závislé na vzájemné souhře několika procesů. Jsou to etiologie rány, aktuální fáze hojení rány, lokální faktory – prostředí na spodině rány, systémové faktory a přidružené patofyziologické procesy.

6. Ranná infekce

Místní ranná infekce představuje častou komplikaci hojení rány. Obranné schopnosti organismu začínají selhávat a počet bakteriálních kolonií na povrchu rány stoupá. Typická je porucha hojení rozpad granulační tkáně a tvorba nekrotických povlaků. Objevují se Celsiovy znaky, calor (zteplání), tumor (otok), dolor (bolest), rubor (zarudnutí), functio laesa (poškození funkce orgánu).Infekci je vždy nutné zlikvidovat. Používáme antiseptika, terapeutická krytí s obsahem stříbra atd. Na druhé straně v chronických ranách jsou kolonie bakterií, které rány trvale osidlují a klinické projevy infekce nemusí způsobit.

7. Fáze v jaké se rána nachází

Zánětlivá fáze – exsudativní - čištění

Černá nekróza, žlutá blátivá nekróza.

Mrtvá tkáň, barva černá, hnědá, žlutá, žlutohnědá, povrch suchý, tvrdý, kožnatý nebo vlhký, měkký, může zapáchat. Zpomaluje hojení a podporuje infekci. Provádíme mechanický debridement necrectomie (chir. snesení), laváže, autolytický debridement, využíváme materiály pro vlhké hojení ran, gely, gelová terapeutická krytí. Podporují rozpad nekrotické tkáně tělu vlastními enzymy.

Rána povleklá.

Barva povlaku žlutá až do zlatova, nemusí být znakem infekce, povlak je nutno odstranit mechanicky nebo zvlhčováním.

Proliferační fáze – granulace, epitelizace

Růst nových cév a kolagenních vláken, objevuje se červená jemně zrnitá tkáň, snadno zranitelná, náchylná ke krvácení. Důležité je zabránit poškození, zejména při převazu. Granulaci podporuje vlhké prostředí a lehká hypoxie. Pozor na vznik hypergranulace-zmnožení a patologický růst granulační tkáně nad terén pokožky, nedochází k epitelizaci. Odstranění chir. lžička snesení, dusičnan stříbrný (Lapis) – poleptání, ochrana silikonové preparáty rozprašovač Sillese.

Epitelizace

Dochází k dozrávání kolagenních vláken, vytvářejí se ostrůvky epitelia, barva růžová s mírným nádechem do fialova. Vlhké prostředí je vhodné, ale ne příliš, docházelo by k maceraci rány.

Maturační – vyzávací fáze

Jedná se již zhojenou jizvu, kterou je třeba chránit před poškozením. Rozdělujeme na časnou a pozdní fázi remodelace. Je třeba si uvědomit, že až po dvou letech jizva plně vyzává a dosahuje 80 procent původní pevnosti.

8. WHC – Kontinuum hojení rány dle barvy převažující na spodině rány

/příloha č. 3/

Hodnocení správného postupu při hojení ran je složité. Pro zjednodušení a jednotnost hodnocení byla vytvořena pomůcka WHC (The Wound Healing Continuum) – Kontinuum hojení rány. Je založena na rozpoznání barvy, která na spodině rány převažuje a je pro hojení nejdůležitější. K dispozici je škála barev od černé, černožluté,

žluté, žlutočervené, červené, červenorůžové a růžové. Základní pravidlo WHC – při úspěšném hojení rány se mění dominantní barva spodiny zleva doprava. Tedy od černé k růžové.

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ŠPATNÉ HOJENÍ RAN

Vnitřní faktory

Lokální: infekce, lokalizace, snížená teplota při častých převazech

Celkové: dehydratace, malnutrice, otok, inkontinence, snížená imunita, věk, obezita, nemoc

Vnější faktory

nepříznivý vliv ostatní terapie – cytostatické léky, steroidní terapie

nevhodně zvolená terapie rány, špatné zhodnocení rány, špatná technika při aplikaci obvazu, zvolení nevhodného obvazového materiálu

12. PÉČE O RÁNU /příloha č. 4 – klasifikace model hojení ran/

Metoda vlhkého hojení ran využívá přirozeného fyziologického hojení za vlhkých podmínek. V takovém prostředí dochází k ideálním podmínkám pro růst granulační tkáně i epitelia. Zároveň tato metoda podporuje autolytický débridement spodiny rány. Ošetření a léčba dekubitů především stupeň III. A IV. vyžaduje chirurgickou intervenci. Provádí se necrectomie – elize vředu do zdravé tkáně.

Kromě samotného vlhkého prostředí v ráně zde hraje důležitou roli i teplota kolem 37°C. Tyto podmínky zajišťují tzv. terapeutické materiály a dodržení určitých postupů.

Postup: Všeobecný standard ošetřovatelské péče č. 58 – Převaz rány, dále

- sejmutí původního obvazu – šetrné s ohledem na poškození okolí rány, samotný obvaz odstranit pomocí fyziologického, Ringerova roztoku, případně využití sprchy.
- oplach, výplach rány (Ringerův nebo fyziologický roztok, Octemisept, Prontosan Dermacyn atd.) a osušení
- rozlišení typu rány, popis rány a jejího okolí
- zvolení vhodného základního prostředku a doplňujících pomůcek
- provedení ošetření – okolí + samotná rána
- fixace

- zápis do dokumentace
- zajištění rány do dalšího převazu, zamezení předčasného znehodnocení krytí
- poučení pacienta a personálu

Příprava spodiny rány TIME

Pochody, které se v ráně odehrávají se projevují na vzhledu spodiny.

Spodina rány a její charakter odráží přítomnost bakteriální kontaminace, infekce, poruch hojení spojené s prokrvením, působením lokálního tlaku atd. Evropská asociace pro léčbu ran (EWMA) vydal poziční dokument s názvem - Příprava spodiny rány v praxi. Pro přípravu spodiny rány se ujal pojem **TIME**.

T – označuje neživou, nebo méněcennou tkáň na povrchu rány. Jedná se o nekrózu, kostní fragmenty, povlaky. Pro úspěšné hojení je nejdůležitější débridement (odstranění) nezdravé tkáně.

I – infekce, inflamace (zánět). Nehojící se rány jsou běžně kolonizovány bakteriemi. Jako klinické indikátory infekce můžeme pozorovat na spodině rány rozpad tkání, hnisavý exudát, absces, tvorbu nekroz. Terapie ranné infekce spočívá v lokální aplikaci materiálů a antimikrobiálním působením.

M – vlhkost, monture (močěr). Pro hojení ran je velmi důležité zajištění adekvátní vlhkosti na spodině. Podnětem k rozvoji tzv. vlhké léčby byla zjištění, že udržování rány ve vlhkém prostředí urychluje reepitelizaci a nezvyšuje výskyt infekce.

E – epitelizace, okraje rány. Epitelizace představuje konečné stadium uzávěru kožního vředu. Také pro rychlou epitelizaci je nejdůležitější vlhké prostředí rány. Nesmíme, ale zapomenout na pravidelný débridement okrajů rány. Keratózy, tylomy, mykózi atd.

Po sejmutí obvazu ránu setřeme sterilním tamponem, popřípadě opláchneme oplachovým roztokem- Ringer, Dermacyn, Prontosan, Octenilin. Vizualně zhodnotíme spodinu rány a přistoupíme k débridementu spodiny rány. Débridement provádíme po vizuálním zhodnocení spodiny rány, tak abychom odstranily všechny neživé části na spodině. Pomocí sterilního tamponu zevnitř směrem ven Ringerovým roztokem, okolí rány účinně dezinfikujeme Braunolem, Octeniseptem.

Chirurgický débridement se provádí pomocí skalpelu, ostrých nůžek nebo ostrou lžičkou.

Péče o granulační tkáň a okraje rány

Nezbytné je v ráně udržet vlhkost, aby se zabránilo jejímu vysychání. Citlivé kožní regiony okolí rány by měly být v případě potřeby ošetřovány mastným krémem.

Aplikace nového krytí na rány

Terapeutické krytí vybíráme podle stavu spodiny rány, přítomnosti infekce, množství sekrece, hloubky defektu atd.

Důležité je, aby vytamponování rány nebylo příliš silné. Následkem komprese se na povrchu rány objeví bělavé a mazlavé povlaky a opětovně i nekrózy.

Správná fixace krytí na rány pomocí fixačních náplastí. Nepevně fixované komprese mohou ránu pohybem dráždit a vést k poruchám a zpomalení procesu hojení je nutné kontrolovat, zda nedošlo ke vzniku strangulací. Fixační obvaz slouží dále k tomu, aby ránu chránil před vniknutím nečistot a choroboplodných zárodků a ochránil ji vůči tlaku a nárazům.

Závěrečná práce

Pacienta v průběhu celého převazu informujeme o technikách přiložení, průběžně edukujeme o dané problematice. Po výměně obvazu se pacient opět uvede do polohy, která mu nejvíce vyhovuje nebo která je potřebná z terapeutického hlediska (např. volné uložení oblasti rány při dekubitu).

Frekvence výměn obvazů

Pro nerušený průběh procesu hojení ran je důležitá nejenom šetrná výměna obvazu, ale správná doba. Frekvence výměn obvazů závisí na stavu rány a vlastnostech použitého krytí rány. Zbytečným výměnám obvazu by se mělo předcházet, protože každá výměna obvazu znamená narušení klidu v ráně.

Obvaz okamžitě odstraníme, jestliže:

- si pacient stěžuje na bolest
- se objevila horečka
- je obvaz promočen a znečištěn, popř. je-li vyčerpána absorpční kapacita krytí na rány
- se uvolnila fixace obvazu

Dokumentace výměn obvazů a ošetření rány

Díky dokumentaci je možno bezpečně posoudit pokroky, stagnaci či nepříznivé obraty v ošetřování a v případě potřeby může být léčba změněna.

Dokumentace zabezpečuje informace mezi lékařem a oš. personálem. Tak je možné zabránit např. tomu, aby byla od jedné výměny obvazu ke druhé podnikána zcela opačná opatření jen proto, že ránu ošetřovala pokaždé jiná osoba.

Písemná dokumentace je nedílnou součástí právního zajištění lékařských a ošetrovatelských výkonů. Ústní předávání zpráv není důkazným dokladem o průběhu ošetřování a léčby.

Fotodokumentace je vhodným doplněním písemné dokumentace.

Ošetření dekubitu

Dekubit I. Stupně – odlehčit postižené místo

- udržovat v čistém a suchém prostředí
- ošetřit kožními protektory - Menalind olej, Menalin pasta, Cavidon, vazelína apod.

Hydrocoll Thin, Protectfilm aplikační rámeček, Pharmafoam, Mepilex - preventivní přiložení.

Dekubit II. Stupně – odlehčit postižené místo

rána povrchová – nepovleklá, spodina červená, sekrece mírná, nebo střední

- **cíl** – netraumatizovat, podpořit hojení, zamezit vniknutí infekce
- doba převazu 3-7 dní
- základní prostředek:

a) hydrokoloidy – Pharmacoll Basic, Hydrocollthin, Suprasorb, Hydrocoll, Hydrocoll sacral, concave, polyuretanové pěny – Pharmafoam, Mepilex

b) transparentní filmová krytí – Protectfilm, Suprasorb F, Hydrofilm, Tegaderm

c) neadherentní mřížky – Mepitel one, Inadine, Vigotul, Atrauman, mastné tyly

Dekubit III. stupně – odlehčit postižené místo

černá nekróza – eschara

spodina černá, nebo žlutá kožovitá nekróza, sekrece žádná, nebo mírná

cíl – odstranění povlaku - zvlhčovat, vyčistit spodinu rány, podpořit růst granulační tkáně

základní prostředek

- a) hydrogely – Pharmagel, Hydrosorb gel, Suprasorb G, DebriEcaSan gel, Normlgel atd., frekvence převazu 1-2 dny
- b) algináty – Pharma Silversorb, Melgisorb Ag, Suprasorb A, Kaltostat, Sorbalgon, Silvercel, frekvence převazu 2-3 dny
- c) polyuretanové pěny – Pharmafoam, Mepilex, frekvence převazu až 5 dnů
- d) aseptické obvazy (Ivadine, Ialugen Plus, Be*)

rána povrchová, granulující, slabě exudující

cíl – netraumatizovat granulující spodinu při snímání obvazu, udržet vlhkost

základní prostředek – frekvence převazů až 5 dnů

- a) polyuretanové pěny – Pharmafoam, Mepilex
- b) neadherentní mřížky - Mepitel one, Inadine, Atrauman, mastný tyl
- c) hydrokoloidy – Pharmacoll basic, Hydrokoll
- d) hydrogely – Pharmagel + neadherentní mřížka

Dekubit IV. stupeň

rána nekrotická, zasahující šlachy, kloubní pouzdra, kosti

cíl – odstranění nekrotické tkáně – débridement spodiny rány, urychlení demarkace k případnému chirurgickému zákroku, zamezit a eliminovat infekci a zápach

Metody débridementu spodiny rány:

autolytický - rehydratací – pomocí hydrogelů – Pharmagel, metoda kontrolovaného podtlaku NPWT

enzymatický - Iruxol mast, Fibrolan, larvoterapie

mechanický – chirurgická necrectomie, hydroterapie

rána nekrotická – blátivá nekróza, hluboká, exudující, zapáchající, infekce

základní prostředek:

- a) obvazy s aktivním uhlím – Pharma Carbon Pad, (Actisorb Plus, Carboflex)
- b) algináty s doplňkem stříbra – Pharma silversorb, Melgisorb ag
- c) zeolitové kuličky s jódem - WOUNDEX

rána infikovaná

cíl – odstranit známky infekce systémovým i lokálním přístupem, sekundární krytí nutno měnit vždy při prosáknutí

frekvence převazu 1-2 dny

CO dělat, když se rána nehojí

Změna terapeutického krytí dle aktuálního stavu spodiny rány

Znovu vyhodnotit diagnostiku a etiologii rány

Oplachové roztoky pomáhají

- bezbolestnému odstranění obvazu
- udržet vlhké prostředí
- odstranit odumřelé buňky
- odloučit suché nekrózy
- vypláchnout patogenní bakterie
- eliminovat zápach z rány
- urychlit proces hojení
- potlačit infekci
- snížit náklady na hojení

Možnosti aplikace roztoku

- oplach rány proudem roztoku
- otírání rány namočeným tampónem

Požadavky na oplachové roztoky

- nezpomalovat hojení
- nealergizovat
- nebýt toxické vůči buňkám a tkáním
- nesmí způsobovat bolest při použití
- mají mít optimální teplotu – lze ohřát na 37°C
- jsou snášitelné s dalšími prostředky k hojení ran
- umožňují snadnou aplikaci i do špatně přístupných míst
- jsou stabilní po otevření (doba použitelnosti)
- jsou cenově přijatelné
- nejsou cytotoxické vůči makrofágům

Roztoky vhodné k aplikaci do rány - kompatibilní s krycími materiály vlhké terapie

- Ringerův roztok o teplotě 36-37 °C – nejvíce podobný tkáňové tekutině
- Sprchování pitnou vodou 36-37 °C
- Oplachové roztoky s antimikrobiálním účinkem
Prontosan – působí na bakteriální biofilm, MRSA
Dermacyn – superokysličená voda, MRSA
Octenilin – vhodný i pro děti a kojící matky, MRSA

Roztoky méně vhodné

- Betadine – 7,5 % polyunil jod
- Fyziologický roztok
- Hypermangan (růžový roztok)

Roztoky nevhodné k aplikaci do rány – Chloramin, Persteril, Rivanol, Peroxid vodíků, Jodisol, Solutio Novikov

PRAKTICKÉ PROVÁDĚNÍ VÝMĚNY OBVAZU

Všeobecný standard ošetrovatelské péče č. 58 – Převaz rány

V souladu s hygienickými předpisy se hyg. dezinfekce rukou provádí již před samotnou přípravou materiálu. 3-5 ml vhodného prostředku na dezinfekci rukou (z dávkovače nebo z láhve na jedno použití) se po dobu nejméně 30 sekund důkladně vtírá do rukou.

Přes čistý ochranný oděv se přiloží čistá zástěra (na jedno použití). Ochrana úst a nosu je zapotřebí u ošetřování velkoplošných ran (např. popálenin) nebo pokud je osoba provádějící výměnu obvazu např. nachlazená.

Příprava pacienta

Pacienta je nutné předem informovat o plánované výměně obvazu a ošetření rány. Jestliže lze očekávat bolestivost výměny obvazu, je nutné asi půl hodiny před samotnou výměnou obvazu pacientovi podat prostředky na zmírnění bolesti.

Správná poloha: přístupnost, viditelnost, intimita pacienta.

Je-li potřeba provést výplach nebo rozsáhlé čištění rány, je nutné chránit postel před znečištěním jednorázovou podložkou.

Sejmutí obvazu

Natáhnout si jednorázové rukavice, odstranit a zahodit fixaci obvazu. Pomocí sterilní pinzety opatrně sejmut krytí z rány. Pokud sejmut nelze, protože je přilepené na ránu, je nutné ho tak dlouho navlhčovat Ringerovým roztokem, dokud se od rány neoddělí. Zkontrolovat krytí (přítomnost sekretu, množství, zápach) a odložit do kontejneru na odpad. Použitá pinzeta se odloží do kontejneru s dezinfekčním prostředkem. Poté se provede výměna rukavic.

Inspekce rány

Je nutné posuzovat:

- velikost a hloubku rány, stupeň poškození (zvětšila/zmenšila se rána od poslední výměny obvazu?)
- spodinu rány- převažující barvu spodiny, rozsah a stav povlaků a nekróz (černé, krusty, mazlavé, hnisavé?)
- stav exsudátu (serózní, krvavý) a rozsah sekrece (silně secernující, vysychající rána)
- přítomnost a stav granulací (žádný výskyt granulační tkáně, bledé, houbovitě, růžové, rudé, pevné)
- rozsah tvorby epitelu
- sklon rány ke krvácení
- bolestivost rány
- příznaky infekce (otok, zarudnutí, nažloutlé nebo nazelenalé mazlavé povlaky, zápach, bolestivost)
- pokud máme více ran u jednoho pacienta, převaz provádíme postupně, každý defekt samostatně
- infikovanou ránu si vždy necháme jako poslední, zamezíme přenosu infekce

Důležitá je písemná dokumentace stavu rány!

ZÁSADY JEDNÁNÍ SESTRY S NEMOCNÝM, KTERÝ MÁ BOLESTI

- nechod'te kolem pacienta nevšímavě
- nebuďte hluší k jeho projevům bolesti
- sledujte nonverbální projevy nemocného
- nespíchejte, když nemocný sděluje, že ho něco bolí
- nebagatelizujte slovní stížnosti nemocného
- nikdy nemocnému neříkejte: „To Vás nemůže bolet.“
- nikdy neříkejte: „To nic není“, když nemocný má bolesti
- nikdy neoznačujte nemocného slovy: simulant, hysterka, hypochondr
- nemocného informujte před každým bolestivým zákrokem, že to asi bude bolet, kde a jak to bude bolet a jak dlouho.
- dovoďte nemocnému, aby při bolestivém zákroku zvednutím ruky (pokud nemůže mluvit), naznačil lékaři, jak moc ho to bolí. Když bolest přesáhne meze únosnosti, slibte nemocnému, že zákrok přerušíte
- v jednání s nemocným nabízejte důvěru a důvěryhodnost
- vždy a všude zaujímejte empatický vztah k nemocnému
- buďte v úzkém kontaktu s nemocným, aby věděl, že pomoc je na blízku (v první řadě by měl vědět, kdo je jeho ošetřující lékař a sestra)
- pacienta akceptujte
- posilujte vlastní aktivitu a iniciativu nemocného v boji s jeho bolestí
- průběžně d.p. provádějte monitoring křivky bolesti během 24 hodin
- provádějte záznam o hodnocení bolesti do dokumentace k tomu určené
- na základě získaných informací po domluvě s lékařem podávejte analgetika ve vhodnou dobu
- sledujte efektivitu použitých analgetických opatření

ZEOLITOVÉ KULIČKY – obsahují jód – **POZOR NA PACIENTY S ALERGIÍ**, zeolitové kuličky absorbují nečistoty z rány, postupně uvolňují antiseptikum do rány, rány povrchové i hluboké infikované, střední a silná sekrece

Woundex – uvolňuje jód do rány

POLYURETANOVÉ PĚNY - absorpce sekrece, ochrana okolí rány, střední sekrece

PharmaFoam 10x10

HydroTac 10x10

Mepilex, Mepilex Ag se silikonem

KOLAGENOVÉ KRYTÍ – obsahují přírodní kolagen, na povrchové rány, bez známek infekce, sekrece malá a střední, podpora granulace, epitelizace

Hyproflex

NEADHERENTNÍ MŘÍŽKY NA RÁNU – ochrana spodiny rány, podpora granulace epitelizace, rány s malou a střední sekrecí, infikované i bez známek infekce, materiály volíme dle doplňků, které obsahují Ag, iodine, silikon atd.

Atrauman 5x5, 7,5x10

Atrauman Ag 5x5, 10x10

Hydrotul 5x5

Inadine

Mepitel, Mepitel One

Mastný tyl

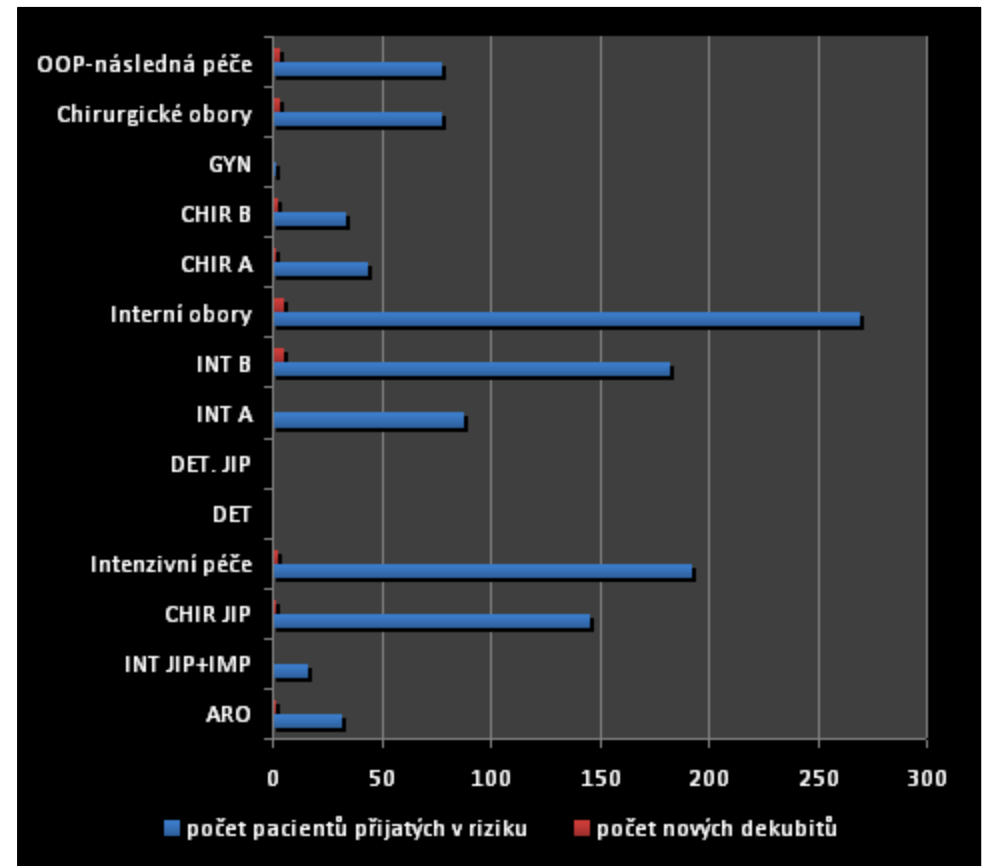
ABSORPČNÍ KRYTÍ – zabezpečuje odvod exudátu z rány, využíváme, jako sekundární krytí rány

Absorbend Pad, Sterilux, Zetuvit, Solvaline

Příloha č 1.

Podíl pacientů s novým dekubitem z celového počtu přijatých pac. v riziku IV. Q 2011

ODDĚLENÍ	počet pacientů přijatých v riziku	počet nových dekubitů	podíl počtu nových dekubitů u rizikových pacientů
ARO	31	1	3,23%
INT JIP+IMP	16	0	0,00%
CHIR JIP	145	1	0,69%
Intenzivní péče	192	2	1,04%
DET	0	0	#DIV/0!
DET. JIP	0	0	#DIV/0!
INT A	87	0	0,00%
INT B	182	5	2,75%
Interní obory	269	5	1,86%
CHIR A	43	1	2,33%
CHIR B	33	2	6,06%
GYN	1	0	0,00%
Chirurgické obory	77	3	3,90%
OOP-následná péče	77	3	3,90%
CELKEM	615	13	2,11%



Příhola 2.

Problematika poškození kůže (dekubitů), pacientů propuštěných do domácího ošetřování.

Rádi bychom Vám poskytli touto cestou informace a doporučení týkající se nebezpečí vzniku proleženin (dekubitů).

Dekubitus je ohraničená oblast poškozené kůže popřípadě podkožní tkáň. Vzniká v důsledku déletrvajících tlaku zejména na kostní výčnělky, na kterých spočívá největší váha nemocného např. křížová kost, patní kosti, lopatka, lokty, boky atd. Ke vzniku dekubitů může docházet také vlivem střížných sil, to znamená nešetrným posouváním, smýkáním nemocným po podložce.

Dekubity vznikají velmi rychle, v některých případech dokonce během několika hodin. Léčba je naopak komplikovaná a zdouhavá.

Dekubitus je závažné onemocnění, na jehož vzniku se podílí celá řada rizikových faktorů

Celkový zdravotní stav – riziko významně zvyšuje např. cukrovka, cévní a neurologické choroby.

Pohyblivost – u nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžku, invalidním křesle, nebo jinak pohybově omezených lze tyto komplikace očekávat.

Vlhkost – pokud pacient neudrží moč, nebo stolici, zvýšené pocení, mohou se na kůži vyskytovat opruzeniny, kůže je křehká a mnohem náchylnější k poškození.

Výživa – důležité je dbát na dostatečný příjem tekutin, minimálně 2 l denně. Zajistit pacientovi plnohodnotnou stravu. Lékárny nabízejí velké množství doplňků stravy. Patří tam například Nutridrik, Cubitan atd. Důležitou informací je, že tyto doplňky stravy se užívají formou popíjení.

Jak předcházet vzniku dekubitů.

Správnou péčí o nemocného předcházíme vzniku dekubitů. Pokud už vznikly, zabráníme dalšímu zhoršování jejich rozsahu. Pacient, který je pohybově omezený částečně, nebo úplně, je zcela odkázán na naši péči. Je nutno zabránit, aby žádná část těla nebyla příliš dlouho vystavena nadměrnému tlaku. Dosáhneme toho pravidelným polohováním. Pokud není pacient schopen spolupráce, polohování zajišťuje jiná osoba - (příbuzný, oš. personál atd.). Využíváme také pomůcek, kterými podkládáme jednotlivé části těla, jako jsou např. polštáře, popřípadě antidekubitní matrace a jiné speciální antidekubitní pomůcky, které lze zapůjčit v agenturách domácí péče. Pacienty, kteří se na lůžku částečně samostatně pohybují, povzbuzujeme k časté změně polohy, tzv. aktivnímu pohybu na lůžku.








Kůži nemocného je třeba pravidelně, alespoň jednou denně, prohlížet a kontrolovat. Pozornost věnujeme zarudlým místům, nebo drobným oděrkám a trhlinkám. Pokožku udržujeme čistou, suchou a vláčnou. Vhodné je pravidelné používání krémů, nebo olejů. Lůžkoviny udržujeme čisté. Pozor na zbytky jídla v lůžku, jako jsou např. drobečky.

Osobní oblečení pacientovi vybíráme pohodlné, preferujte přírodní materiály. Pamatujte, že nemocného budete často převlékat, proto je vhodnější oblečení volné, nebo propínací.

Ošetřování nemocných s omezenou hybností je velice namáhavé. Vaší odměnou je pouze spokojený nemocný bez dalších závažných kožních komplikací, které mnohonásobně komplikují léčbu základního onemocnění.

Hodnocení vývoje hojení rány dle převažující barvy na spodině rány -Kontinuum hojení rány / příloha č.3/

Hodnocení správného postupu při hojení ran je složité. Pro zjednodušení a jednotnost hodnocení byla vytvořena pomůcka **WHC** (The Wound Healing Continuum)-**Kontinuum hojení rány**. Je založena na rozpoznání barvy, která na spodině rány převažuje a je pro hojení nejdůležitější. K dispozici je škála barev: černá, černožlutá, žlutá, žlutočervená, červená, červeno růžová, růžová. **Základní pravidla WHC:** při úspěšném hojení rány se mění dominantní barva spodiny rány **zleva doprava. Tedy od černé k růžové**. Pokud ránu vidíme poprvé vybereme barvu dle škály, nastavíme terapii a snažíme se postoupit v hojení pomyslně doprava. Pokud zhodnotíme ránu např. jako žlutou, nastavenou terapií se snažíme žlutou barvu ze spodiny rány odstranit a postoupit na stupnici barev k žlutočervené, dále červené atd. Pokud od žluté barvy postoupíme k černožluté, terapie je špatně nastavená a naše hojení je neúspěšné. Tímto způsobem hodnotíme rány při příjmu, překladu mezi odděleními, nebo propuštění. Touto pomůckou lze i bez fotodokumentace hodnotit v jakém stavu jste ránu začali hojit a v jakém stavu ji předáváte na jiné pracoviště.







rána černá	rána černožlutá	rána žlutá	rána žlutočervená	rána červená	rána červenorůžová	rána růžová	
							
nekrotická rána, odstranit nekrózu, fáze čištění - exudace, sekrece mírná, autolytický debridement, ránu zvlhčovat, hydrogelová krytí Pharmagel, chránit okolí rány před macerací, chráníme vazelinou, raunovidon mast, frekvence převazů á 2 dny	blátivá nekróza, fáze čištění - exudace, sekrece mírná, chirurgická necrectomie, ránu ještě zvlhčovat, dále Pharmagel, autolytický debridement, chránit okolí rány proti maceraci, chráníme vazelinou, Braunovidon mast, frekvence převazů á 2 dny	infikovaná rána, hluboká kavita, fáze čištění - exudace, potlačit infekci, zápach, debridement spodiny rány, sekrece - silná, střední, Pharma Silversorb - řasa, Pharma Carbonpad - aktivní uhlí, WOUNDEX, vyplnit celý prostor, kratší interval převazu, max 2 dny	zbytky žluté blátivé nekrózy, fáze čištění granulace, sekrece střední, do hlubšího místa Pharma Silversorb, sekundárně Pharmafoam pěna, WOUNDEX -zeolitové apsobční kuličky s jódem, frekvence převazů 3 - 4 dny	dobře granulující rána, fáze granulace, bez známek infekce, udržovat vlhké prostředí, zamezit vstupu infekce, POZOR na hypergranulace, sekrece střední, Pharmafoam pěna, frekvence převazů až 5 dnů	rána od okrajů epitelizující, fáze granulace epitelizace, sekrece mírná, ránu udržovat ve vlhkém prostředí, Pharmacoll basic - hydrokoloid, Protectfilm - transparentní krytí, frekvence převazů á 7 dnů	epitelizace dokončena, fáze epitelizace, vyžrávání jizvy, chránit novou kůži, nepoužívat NOVIKOV, promazávání, přiložení transparentního krytí Protectfilm	

KLASIFIKAČNÍ MODEL RÁN

STĚR BV+C: PO SEJMUTÍ KRYTÍ RÁNU SETŘEME STERILNÍM TAMPONEM, MŮŽEME OPLÁCHNOUT F¹/1, RINGER ROZTOKEM, PŘEVEDEME STĚR, DÁLE POSTUPUJEME V OŠETŘENÍ RÁNY DEZINFEKCE atd. **VÍCE DEFECTŮ: NA KAŽDOU RÁNU NOVĚ BURAVICE I NÁSTROJE! INFIKOVANÉ RÁNY JAKO POSLEDNÍ!**

HODNOCENÍ ZAČÁTKU A PRŮBĚHU HOJENÍ DLE BARVY PŘEVAŽUJÍCÍ NA SPODINÉ RÁNY: ČERNÁ → ŽLUTÁ → ŽLUTO ČERVENÁ → ČERVENÁ → ČERVENO RŮŽOVÁ → RŮŽOVÁ.

SPRÁVNĚ HOJENÁ RÁNA POSTUPUJE OD ČERNÉ SMĚREM K RŮŽOVÉ, POKUD ŽLUTOU RÁNU PŘI DALŠÍM PŘEVAZU HDNOTÍME, JAKO ČERNOU, KLASIFIKUJEME ZHORŠENÍ RÁNY

FREKVENCE PŘEVAZŮ	BARVA PŘEVAŽUJÍCÍ NA SPODINÉ RÁNY FÁZE HOJENÍ, HODNOCENÍ	CHARAKTER RÁNY	AKTUÁLNÍ CÍL	POPIS RÁNY	KRYCÍ MATERIÁL - primární	SEKUNDÁRNÍ
1-2 dny čistění	 ČERNÁ RÁNA	NEKRÓZA SUCHÁ RÁNA	-ZVLHČIT -ZAMEZIT VNIKnutí INFEKCE -CHRÁNIT OKOLÍ RÁNY -ODSTRANIT NEKRÓZU -DEMARKOVAT - připravit na chirurgickou necrectomii	-TVRDÁ, SUCHÁ TKÁŇ ČERNÉ BARVY, ŽLUTÁ - blátivá nekróza	-HYDROGELY: - PHARMAGEL - PHARMAGEL - COMFORT - HYDROSORB - GEL - DEBRI ECASAN -VŽDY CHRÁNIT OKOLÍ RÁNY -DOBŘE FIXOVAT NA MÍSTĚ	-PROTECT FILM -Aplikační rámeček -HYDROFILM -MASTNÝ TYL -ATRAUMAN Ag -ABSORBENT PAD -GAZOVÝ KOMPRES, ZETUVIT
1-4 dny čistění	 ŽLUTÁ RÁNA	POVLEKLÁ A EXSUDUJÍCÍ HLUBOKÁ CAVITY, CHOBOTY POVRCHOVÁ	-ZAMEZIT ROZŠÍŘENÍ INFEKCE -UDRŽET VLHKÉ PROSTŘEDÍ -ODSTRANIT POVLAČKY A ZVLÁDNOUT EXSUDÁT -VYPLNIT CELÝ PROSTOR -RÁNY VČETNĚ CAVITY	-POVLEKLÁ, EXSUDUJÍCÍ RÁNA, ŽLUTÝ NEBO BÍLÝ POVLAK	-POLYURETANY-PĚNY:- PHARMA -FOAM, MEPILEX, SORBION -SUPERABSORBENT -ALGINÁTY-RASY: - PHARMA SILVERSORB - SORBALGON, MELGISORB Ag - SUPRASORB A + Ag -HYDROFIBER: VERSIVA XC, AQUACEL Ag -HYDROAKTIVNÍ: TENDER WET 24, TEDER WETCAVITY	-ABSORBENT PAD -GAZOVÝ KOMPRES ZETUVIT
1-2 dny čistění granulace	 ŽLUTO - ČERVENÁ RÁNA	INFIKOVANÁ HLUBOKÁ POVRCHOVÁ CAVITY CHOBOTY	-CHRÁNIT OKOLÍ RÁNY -ZVLÁDNOUT INFEKCI, EXSUDÁT A PODPORIT GRANULACI -VYPLNIT CELÝ PROSTOR RÁNY VČETNĚ CAVITY A CHOBOTŮ	-INFIKOVANÁ, EXSUDUJÍCÍ POVLEKLÁ NEBO ZAPÁCHAJÍCÍ RÁNA	-ALGINÁTY - RASY: PHARMA SILVERSORB, MELGISORB Ag - SORBALGON -HYDROFIBER: AQUACEL Ag -UHLÍ -AKTIVNÍ: PHARMA CARBONPAD (SILNE EXSUDUJÍCÍ RÁNY, ZAPÁCHA), VLIWAKTIV Ag -SUPERABSORBENT: - ZEOLIT-WOUNDEX-IODINE KOMPL. -SORBIONS EXSUDUJÍCÍ	-ABSORBENT PAD -GAZOVÝ KOMPRES ZETUVIT
2-5 dnů čistění granulace epitelizace	 ŽLUTO - ČERVENÁ RÁNA	DUTINY A PÍŠTĚLE HLUBOKÁ RÁNA	-ZAMEZIT VZNIKU INFEKCE -VYČISTIT RÁNU, ZVLÁDNOUT EXSUDÁT A PODPORIT GRANULACI	-HLUBOKÉ DEFECTY NEPRAVIDELNÝCH TVARŮ	-ALGINÁTY - RASY: PHARMA SILVERSORB - SORBALGON, MELGISORB Ag -HYDROFIBER: AQUACEL Ag -HYDROAKTIVNÍ: TENDER- WET 24, CAVITY -HYDROGELY: DEBRICASAN GEL -WOUNDEX-ZEOLIT-IODINE KOMPL.	-ABSORBENT PAD -GAZOVÝ KOMPRES ZETUVIT
3-5 dnů čistění granulace epitelizace	 ČERVENÁ RÁNA	GRANULUJÍCÍ HLUBOKÁ POVRCHOVÁ	-ZAMEZIT VSTUPU INFEKCE -UDRŽET VLHKÉ PROSTŘEDÍ -PODPORIT A OCHRÁNIT NOVĚ VZNIKLOU GRANULACNÍ TKÁŇ -POZOR NA HYPERGRANULACE	-ČISTÁ, MÍRNĚ AŽ STŘEDNĚ EXSUDUJÍCÍ TKÁŇ ČERVENÉ BARVY	-POLYURETANY-PĚNY: - PHARMA FOAM - MEPILEX - HYDRO-TAC -HYDROKOLOIDY: PHARMACOLL BASIC NA PĚNOVÉM POLYURETANU, HYROCOLL -KOLAGENOVÉ KRYTÍ: HYPRO-FLEX -ATRAUM. MŘÍŽKA: ATRAUMAN, ASKINA SILNET, MEPITEL ONE	-GAZOVÝ KOMPRES
4-7 dnů epitelizace	 RŮŽOVÁ RÁNA	EPITELIZUJÍCÍ	-PODPORIT A OCHRÁNIT EPITELIZAČNÍ TKÁŇ	-NARŮŽOVĚLÁ TKÁŇ	-POLYURETANY-PĚNY: - PHARMA FOAM - MEPILEX - HYDRO-TAC -HYDROKOLOIDY: HYDROCOLL, PHARMA COLL BASIC -KOLAGENOVÉ KRYTÍ: HYPRO-FLEX -ATRAUM. MŘÍŽKA: ATRAUMAN, ASKINA SILNET, MEPITEL ONE -FOLIE: PROTECT FILM - APLIKAČNÍ RÁMEČEK, HYDROFILM	-GAZOVÝ KOMPRES

PRIMÁRNÍ KRYTÍ: to co přiložím přímo na ránu

SEKUNDÁRNÍ KRYTÍ: absorpce exsudátu, fixace primárního krytí, zamezení vniknutí infekce do rány

OBLOŽKY: např. Dermacyn, Prontosan, Debricasan, Octenilin - 2x denně

DOKUMENTACE RÁNY: fáze hojení (čistění, granulace, epitelizace), infekce (ano, ne), sekrece, okolí rány, spodina (černá, růžová, žlutá...), velikost rány v cm (hluboká, povrchová, cavita), zhodnocení (zlepšení, zhoršení, stagnace)

DEZINFEKCE KŮŽE: Braunol, Septoderm, Octenisept

OPLACHOVÉ: Ringer, F¹/₁, Prontoderm, Prontosan, Dermacyn, Octenilin, Debricasan

OCHRANA OKOLÍ RÁNY: Vazelína, Ca-pantotenicum, Braunovidon

PREVENCE POŠKOZENÉ KŮŽE: Protect film - aplik. rámeček, Pharmacoll basic, Hydrocoll, Hydro-tac