

Dekubity v praxi

Mgr. Lenka Šeflová^{1,2}, Mgr. Petra Stejskalová¹, MUDr. Lukáš Daniš^{1,3}

¹II. interní klinika gastroenterologická a hepatologická, FN Olomouc

²Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

³Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Článek se zaměřuje na novinky v oblasti prevence a ošetřování dekubitů. Vychází z překladu mezinárodně vydaného doporučení Prevence a léčba dekubitů: příručka k Doporučení pro klinickou praxi. Rozebírá praktické prvky ošetrovatelské péče v rehabilitaci, polohování, hygieně a péči o kůži, nutriční, bolesti, klasifikaci dekubitů a lokální léčbě.

Klíčová slova: dekubitus, inkontinenční dermatitis, vlhká léze.

Dekubitus in practice

The article is focused on the news in the pressure-ulcer prevention and treatment. It is based on the translation of the international reference guide Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. The article deals with practical problems of treatment in rehabilitation, positioning, nutrition, pain, classification of pressure ulcers and local treatment.

Key words: decubitus, incontinence dermatitis, moisture lesions.

Úvod

Dekubitus je poškození kůže či podkoží, většinou lokalizované nad kostní prominencí. Vznik dekubitů ovlivňuje celá řada faktorů, z nichž nejvýznamnějšími jsou tlak, třecí a smykové třecí síly (vlečné tření) a závažnost zdravotního stavu. Riziko vzniku dekubitů zvyšuje nedostatečná nebo nadměrná vlhkost kůže. V praxi se často stává, že je pacient po všech léčebných a ošetrovatelských stránkách preventivně zajištěn, a přesto dekubitus vznikne, a to zejména u pacientů se zhoršeným prokrvením tkání, v těžké organové insuficienci, v sepsi, v malnutriční nebo při kontraindikovaném polohování, u nespolečnických pacientů apod. Riziko vzniku dekubitů je spojené i s používáním zdravotnických prostředků především v ústavní péči (kanyly, katétrů, šňůry od přístrojů, hadičky od kyslíkových brýlí apod). Dekubity mohou rovněž vzniknout i v domácím prostředí. V praxi je mnohdy velmi obtížné zjistit, kde skutečně ke vzniku dekubitů došlo, protože informace se často ztrácí migrací pacienta v rámci

nemocnice či po různých typech zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Čím dál častěji se také pacienti ocitají v péči laických pečovatelských, kteří jsou závislí na odborném zajištění praktických lékařů. Laická veřejnost nebývá zpravidla edukována jak správně o pacienty v riziku pečovat. Proto edukace hraje významnou roli jak u laické, tak i u odborné veřejnosti. Ministerstvo zdravotnictví České republiky podporuje všechny aktivity vedoucí ke snížení vzniku dekubitů. Příkladem jsou:

- od roku 2012 zapojení ČR do realizace každoročně pořádané mezinárodní akce „Světový den STOP dekubitům“,
- v roce 2015 překlad do českého jazyka a v roce 2016 aktualizace doporučení „Prevention and Treatment of Pressure Ulcers“, vydaného v roce 2014 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance,
- v roce 2015 vydání Věstníkem MZ ČR rezortní bezpečnostní cíl č. 8 Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Prevence vzniku dekubitů

Na prevenci vzniku dekubitů je třeba myslet již při transportu pacienta sanitkou nebo při čekání na vyšetření a přijímací procedury. Při přijetí do jakékoliv ústavní péče nebo při první návštěvě doma pacienta vyšetříme a vyhodnotíme všechny rizikové faktory, a to nejpozději do 8 hodin (1). Kromě rizikových faktorů hodnotíme celkový zdravotní stav, rozsah a lokalitu ran, bolest, psychický stav, sociální zázemí, spolupráci pacienta a jeho rodiny. Na základě zjištěných skutečností stanovíme plán lékařské a ošetrovatelské péče. V ČR vyhodnocujeme rizikové faktory vzniku dekubitů podle modifikované klasifikace dle Nortonové. Hodnotíme schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružené onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Při hodnocení musíme dávat pozor, abychom nepodhodnotili zdravotní stav pacienta, a to zejména v oblasti stavu pokožky a přidružených onemocnění. Doporučuje se nespolehat jen na jednu klasifikační škálu, ale kombinovat s některými dalšími (1). V praxi se nám

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Lenka Šeflová, Lenka.Seflova@fnol.cz
II. interní klinika gastroenterologická a hepatologická, FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Med. praxi 2016; 13(5): 263–267
Článek přijat redakci: 31. 7. 2016
Článek přijat k publikaci: 26. 9. 2016

Obr. 1. Inkontinenční dermatitida



Obr. 2. Vlhká léze (monture lesions) v gluteální rýze způsobená vaginálním sekretem. Plná ztráta kůže je snadno zaměnitelná s dekubitem III. stupně



osvědčilo kombinovat s testem základních denních činností podle Barthelové, u kterého hodnotíme, co pacient zvládne v oblasti najedení, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence moči a stolice, použití WC, přesunu z lůžka na židli, chůzi po rovině a po schodech. Pacient, který bude vysoce závislý na pomoci druhé osoby, bude zároveň ve velmi vysokém riziku vzniku dekubitů. Zvýšenou pozornost musíme věnovat pacientovi, u kterého se vyskytne změna barvy kůže či konzistence tkáně v rizikových oblastech, nebo má v anamnéze vyléčený dekubitus. Minimálně jednou týdně nebo podle aktuálního vývoje zdravotního stavu vyhodnocujeme rizika, přizpůsobujeme individuální plán péče potřebám pacienta a vše průběžně dokumentujeme.

Rehabilitace a polohování

Práce fyzioterapeuta, ošetrovatelského personálu nebo pečovatele s pacientem je zcela

nenahraditelnou součástí v prevenci dekubitů. Změny poloh v pravidelných intervalech jsou základní podmínkou v prevenci vzniku dekubitů. Polohu imobilního pacienta měníme přes den podle potřeby, nejméně však co dvě hodiny a v noci co tři hodiny. Fyzioterapeut obecně má na individuální rehabilitaci vyhrazen krátký časový interval, a proto musí ošetrovatelský personál nebo pečovatel v ošetrovatelské rehabilitaci pokračovat i v průběhu dne. Jedná se o běžné úkony jako je posazování v nebo na lůžku, doprovod na toaletu, ke stolu, k umyvadlu, apod. Na lůžku se doporučuje provádět tzv. mikropolohování, například v poloze na boku stačí jen mírné naklopení cca 20°–30°. Mnohdy pacienti odmítají spolupráci a sami se vrací do nevhodné a rizikové polohy. Řešení je složité a vyžaduje komplexní přístup celého týmu.

Pro zvyšování pacientovy mobility je výhodou elektricky stavitelné a polohovatelné lůžko s příslušenstvím. Lůžko s laterálním náklonem umožňuje mírné naklápění, což v případě polohy na zádech umožňuje odlehčovat rizikové partie. Dvoudílné postranice a hrazdička slouží jako úchytové pomůcky při změně polohy a při vstávání.

Pro rizikové imobilní pacienty je vhodná dynamická aktivní antidekubitní matrace. Pro pacienty, které mobilizujeme je vhodná pasivní antidekubitní matrace. K dispozici jsou i pasivní antidekubitní matrace s vyjímatelnými prvky, u kterých lze jednotlivé části těla selektivně odlehčovat. Tyto matrace jsou vhodné u pacientů, kteří jsou stále ve vysokém riziku vzniku dekubitů, ale z důvodu potřebné mobilizace, již není možné použít aktivní matrace.

K polohování ležících pacientů a udržení v žádané poloze využíváme polohovací pomůcky a pomůcky k bazální stimulaci. K podkládání rizikových míst se nedoporučují podložky ze syntetického ovčího rouna, vystřížené podložky, kola a věnečky, pomůcky naplněné vodou. Kola a kolečka vytváří po okrajích velký tlak na poškozenou tkáň. K rozložení tlaku, vyloučení tření, smyku, vlhkosti na predilekčních místech využíváme preventivní vícevrstevné pěnové krytí. Kontroly pod preventivním krytím provádíme alespoň jednou denně. Paty jsou velmi ohroženou lokalitou a ideálně by měly být neustále v odlehčené poloze. Lýtko podkládáme po celé jeho délce polštářem nebo podložkou z pěnových materiálů. Tím je zabráněno zvýšenému tlaku na oblast Achillovy šlachy. Koleno ukládáme

do polohy mírné semiflexe 5° až 10° z důvodu prevence obstrukce popliteální žíly a možného vzniku hluboké žilní trombózy (1).

Inkontinence moči a stolice

Perineální oblast je velmi citlivá na poškození macerací, exkoriací, ragádami, fisurami apod. Inkontinenci moče lze přechodně řešit zavedením permanentního močového katétru. V prevenci poškození kůže využíváme inkontinenční pomůcky podle stupně inkontinence, nejlépe s gelovým superabsorbentem. Je nutné pamatovat na prevenci vzniku inkontinenční dermatitidy, která je způsobena působením moče a stolice, viz obrázek 1. V praxi se často zaměňuje s dekubitem II. stupně (2). Řešení samovolného odchodu stolice nebo průjmu je komplikovanější. Kromě léčby průjmu a komplexní terapie lze využít permanentního rektálního katétru, který však má své indikace a kontraindikace. Katétr je vhodný u pacientů s průjmovitou stolicí, pokud je stolice mazlavá nebo tuhá, katétr se ucpává. K ochraně kůže u pacientů, kteří trpí průjmy nebo neudrží stolicí, se doporučuje preventivní aplikace bariérových ochranných prostředků. Nanesením na kůži vytvoříme filmovou bariéru, která zabraňuje maceraci kůže. K léčbě poškozené kůže bakteriální nebo mykotickou infekcí jsou vhodné lokální přípravky. Kůže musí být v suchu a doporučuje se, aby po každém znečištění byl pacient co nejdříve ošetřen. Nesmíme také zapomenout na možné poškození kůže vaginálním sekretem. U ležících žen může iritace vaginálním sekretem způsobit vlhkou lézi (monture lesions) v gluteální rýze, která je velmi podobná dekubitu III. stupně, viz obrázek 2.

Hygiena a péče o kůži

K mytí genitálií je doporučeno vynechat klasické mytí žínkou, mýdlem, vodou a sušením ručníkem. Opakovaným mytím vodou a mýdlem měníme pH kůže z kyselého na zásadité, a tím zvyšujeme riziko vzniku infekce. K hygieně genitálií jsou vhodné čistící pěny, které pomáhají při toaletě silně znečištěných partií, a není nutné je oplachovat vodou. K šetrné hygieně doporučujeme používat jednorázové, napuštěné mycí hygienické ubrousky nebo rukavice. Kůži pak ošetříme nanesením bariérového přípravku, který na kůži zanechá ochranný film. Vždy je nutné nechat jej na kůži dobře uschnout, zejména v místech dotyku. Nanesení hydratačních krémů nebo jiných přípravků provádíme jemně.

V prevenci macerace kůže nedoporučujeme aplikaci past. Aby měla pasta ochranný účinek, musí být aplikovaná ve vyšší vrstvě a otisk pasty na plenu snižuje jejich savost. Pasta mění barvu kůže, a to i po jejím odstranění, což nám znemožňuje odhalit první známky vzniku dekubitu. Pasty mají tendenci kůži vysušovat a jejich odstraňování zvyšuje riziko poranění kůže. Zbytky pasty na kůži odstraňujeme olejem a nikoliv vodou. Hygiena i ošetření kůže musí být jemné s vyloučením tření, což v tomto případě lze zajistit jen s obtížemi. Masáž rizikových partií se nedoporučuje. Mentolové a kafrové mažení je u rizikových pacientů nevhodné z důvodu dráždivých účinků na kůži a způsobení místního překrvení v horních vrstvách kůže. Nedoporučuje se používat pomůcky, které zvyšují teplotu kůže, protože zrychlují metabolismus, navozují pocení a snižují toleranci tkání k tlaku (1).

Nutrice

Nutriční podpora je důležitou součástí prevence a léčby dekubitů. Při přijetí provádíme orientační screeningové vyšetření a v případě patologie kontaktujeme nutričního terapeuta nebo lékaře nutričního terapeuta. Nutriční terapeut vyhodnocuje nutriční anamnézu a zajišťuje úpravu stravy, navrhuje změnu diety, individuální rozpis stravy, přidávek ke stravě, edukuje pacienta nebo pečovatele. Pokud intervence nutričního terapeuta nestačí, kontaktujeme lékaře nutričního terapeuta, který hodnotí výsledky laboratorních vyšetření krevního obrazu s diferenciací, albumin, prealbumin, cholinesterázu, celkovou bílkovinu, podle stavu pacienta minerály a vnitřní prostředí. Lékař nutričního terapeuta doporučuje sipping, enterální výživu, parenterální výživu nebo kombinaci uvedených metod. U pacientů v riziku sledujeme příjem tekutin a stravy. Nutriční stav posuzujeme vždy při přijetí, při změně zdravotního stavu, anebo když dekubity nemají zlepšující se tendenci. Při hodnocení nutričního stavu zjišťujeme, zda je schopen si nakoupit, připravit si jídlo, sám se najíst, zda má v pořádku chrup nebo zubní protézu, zda nemá polykací obtíže apod. Doporučuje se vyšetření lékařem nutričním, všeobecnou sestrou, logoterapeutem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem, dentistou a dalšími specialisty (1).

U pacientů v riziku vzniku dekubitů, s rizikem malnutrice nebo s dekubitem, se doporučuje:

- energetický příjem 35 kcal/kg hmotnosti,
- příjem bílkovin v dávce 1,5 g/kg,
- příjem tekutin v dávce 1 ml/kcal (3).

V případě nutného podávání vysokých dávek bílkovin vyšetřujeme funkci ledvin. Dále ve stravě doplňujeme vitaminy, minerály a stopové prvky.

Bolest

Podávání analgetik je součástí komplexní terapie. Při přijetí nebo převzetí pacienta do péče standardně zjišťujeme charakter, intenzitu, délku trvání bolesti. Míru intenzity bolesti hodnotíme podle vizuální analogové škály (VAS), obličejové škály, škály u pokročilé demence (PAINAD). Do posouzení se doporučuje zahrnout řeč těla, neverbální projevy pacienta, slova, kterými pacient bolest popisuje. Bereme v úvahu mentální schopnosti a psychosociální stav pacienta. Pokud je to možné, nezvyšujeme bolest pacienta zbytečnými přesuny, volíme polohu těla tak, aby neležel na dekubitu, na bolestivém místě nebo na zhojeném dekubitu. Polohování plánujeme v návaznosti na aplikaci analgetik. K převazování volíme obvazový materiál tak, abychom nezvyšovali frekvenci převazů. Edukujeme pacienty a jejich pečovatele. Při změnách polohy a při přesouvání z lůžka na lehátko, na invalidní vozík a podobně, využíváme přesouvací a posuvné pomůcky (1).

Klasifikace stupňů dekubitů (1)

V klasifikaci stupňů dekubitů se doporučuje používat mezinárodní systém podle National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Popisuje čtyři stupně dekubitů a v případě nejasného určení stupně umožňuje popis dekubitu s podezřením na hluboké poškození tkání nebo dekubitu s neznámou hloubkou.

I. stupeň dekubitu je charakteristický intaktní kůží s neblednoucím zarudnutím, které je lokalizované většinou nad kostní prominencí, viz obrázek 3. U pacientů s tmavě pigmentovanou kůží se může barva lišit od okolí a zblednutí kůže nemusí být vidět. Každého pacienta je třeba vyšetřit nejen pohledem, ale i pohmatem, dotazem na pacienta nebo jejich pečovatele. Pouhým pohledem nezjistíme kvalitu tkáně, a proto rizikové oblasti zejména obou pat a sacra je třeba prohmatat a zjistit, zda je či není přítomna bolest, zatvrdnutí nebo naopak měkkost tkání, což jsou známky počínajícího rozvoje dekubitů.

U II. stupně dekubitu jde o částečnou ztrátu tloušťky dermis s mělkým otevřeným vředem, s růžovočervenou spodinou rány. Vřed může

být s lesklou nebo suchou tkání, ale nesmí být povleklý, viz obrázek 4. Nesmí být přítomen hematoma, jelikož ten ukazuje na hluboké poškození tkání. Může být přítomen intaktní nebo otevřený puchýř, který je naplněn serózní tekutinou. Rozhoduje také barva na spodině vředu. Červená nebo růžová má dobrou prognózu a jedná se o II. stupeň dekubitu, pokud je barva nevitálního charakteru např. bílá, šedá, černá může se jednat o hlubší poškození kůže. Podle doporučení se nemá vřed popisovat jako natržená nebo stržená kůže. Dekubitus II. stupně nesmíme zaměňovat s perineální dermatitidou, macerací nebo exkoriací, neboť prevence i léčba budou rozdílné (2).

III. stupeň dekubitu je charakteristický plnou ztrátou kůže, viz obrázek 5. U dekubitu III. stupně nejsou viditelné kosti, šlachy a svaly, ale může být vidět podkožní tuk, vlhká nekroza (slough) a nesmí být skrytá hloubka ztracené tkáně. Může být viditelné podminování a tunelování. Hloubka se liší podle anatomické lokalizace. Například na hýždích může být dekubitus velmi hluboký a naopak na hřbetu nosu, uších, týlu nebo kotníků povrchový.

U IV. stupně dekubitu jde o plnou ztrátu kůže s obnaženými kostmi, šlachami a svaly, které jsou vidět nebo jsou hmatné, viz obrázek 6. Slough nebo strup může být přítomen v některých částech spodiny rány. Časté je podminování a tunely s choboty. Hloubka se stejně jako u III. stupně liší podle anatomické lokality. Dekubitus se může roz-

Obr. 3. Dekubitus I. stupně, intaktní kůže s neblednoucím zarudnutím



Obr. 4. Dekubitus II. stupně, poškození kůže způsobené vlhkostí a tlakem



Obr. 5. Dekubitus III. stupně na patě způsobený tlakem



Obr. 6. Dekubitus IV. stupně. Hluboké poškození s podminováním, píštělí a hmatnou sakrální kostí



Obr. 7. Neznámá hloubka poškozené tkáně. Bažinatá tkáň a riziko hlubokého poškození tkáně



Obr. 8. Dekubitus o neznámé hloubce způsobený tlakem záchodového prkýnka



šířit na fascie, svaly, šlachy nebo kloubní pouzdro. Závažná je přítomnost osteomyelitidy.

Často si nejsme jistí, o jaký stupeň dekubitu jde. V takovém případě označíme **dekubitus jako podezření na hluboké poškození tkáně**. Lokalizovaná oblast může být fialově nebo kaštanově zbarvená, viz obrázek 7. Kůže nemusí být

porušená. Někdy se poškození kůže manifestuje krví naplněným puchýřem z důvodu poškození podkladové měkké tkáně z tlaku, anebo stříhu. Může předcházet bolestivost tkáně. Oblast může být bažinatá, teplejší nebo chladnější ve srovnání s přilehlou tkání. Hluboké poranění tkáně může být obtížně zjistitelné u pacientů s tmavě zbarvenou kůží.

Stejně tak se stává, že je viditelný dekubitus, ale není možné určit jeho hloubku. **Dekubitus o neznámé hloubce** mívá kompletní ztrátu tkáně v plné tloušťce, kdy základem vředu je slough – žlutá, šedá, zelená, hnědá tkáň. Nebo základem vředu je strup s hnědou nebo černou nekrotickou tkání, viz obrázek 8. Skutečnou hloubku však můžeme určit až po obnažení tkáně – odstranění slough nebo krusty. V případě přítomnosti stabilní, suché neporušené tkáně, bez zarudnutí nebo fluktuace či strupu na patě tkáň neodstraňujeme, protože tvoří přírodní biologický kryt. Vývoj rány je různý, buď se může na tmavém lůžku rány objevit jen tenká vrstva poškozené tkáně s tenkou krustou anebo může dojít k rychlému odhalení dalších vrstev tkáně i při optimální léčbě.

Léčba a ošetřování dekubitů

K ošetřování a léčbě dekubitů patří všechny preventivní intervence, včetně léčby základních a přidružených onemocnění a všech vzniklých komplikací. Lokální ošetřování a léčba dekubitů je závislá na lokalitě defektu, rozsahu, podminování, přítomnosti chobotů, typu tkáně, množství sekrece a přítomnosti infekce. Je nepřijatelné, aby byl dekubitus zpětně hodnocen (4), to znamená, že nikdy nebude ze IV. stupně dekubitu III. stupeň, ze III. stupně II. stupeň a ze II. stupně I. stupeň dekubitu. Stav hojení dekubitu vždy hodnotíme podle typu tkáně a fáze hojivého procesu. Nekrotická tkáň může mít různý charakter a různé barevné spektrum, od černé až po bílošedou barvu. Dekubitus s černou nekrotickou tkání s charakterem příškaru, strupu tzv. eschary se nedoporučuje odstraňovat. Zejména u defektu v oblasti dolních končetin nebo pat a obzvláště u diabetiků je nezbytné provést cévní vyšetření (1). Je vhodné takovou tkáň sušit jódovými preparáty, aby nedošlo k rozvoji vlhké gangrény. Povleklou, infikovanou tkáň zbavujeme nevitální tkáně a infekce. Granulační tkáň má červenou barvu a ke svému růstu potřebuje adekvátní vlhkost tak, aby nedocházelo k jejímu vysychání nebo k rozvoji infekce.

Epitelizační tkáň je červenorůžové až růžové barvy a vyžaduje dostatečnou vlhkost a ochranu, aby nedošlo k jejímu poškození, například při polohování, přesunech, posazování, posunech končetinami.

V jednom dekubitu můžeme najít jakýkoliv typ tkáně a jednotlivé fáze hojivého procesu od sebe nelze oddělit. Vždy je nutné odlišit dekubitus od jiné rány, například od diabetické nohy, bérceového vředu, poranění adhezivy, stržené kůže, dermatitidy spojené s inkontinencí.

Oplachem dekubitu zbavujeme ránu volných nevitálních zbytků tkáně, sekretu, krve. Oplach můžeme provést sprchováním pitnou vodou nebo sterilní vodou, fyziologickým roztokem nebo dezinfekčním roztokem. Po opláchnutí provedeme **dezinfekci rány** přiložením obkladu s dezinfekčním roztokem na 10 až 20 minut. Nezapomínáme na toaletu okolí dekubitu. Problematické jsou oblasti kosti křížové a obou hýždí, obzvláště u pacientů s průjmovitou stolicí nebo u pacientů s inkontinencí, kde dochází k opakovaným kontaminacím.

Debridement rány. Pokud se rána nehojí 4 a více týdnů, může být přítomen biofilm (1). Chirurgický debridement provádí lékař sterilními ostrými nástroji. Pacient, u kterého chceme provést ostrý debridement nesmí mít antikoagulační léčbu nebo krvácivé projevy. U ostrého debridementu v terénu dolní končetiny musí být zajištěné dostatečné cévní zásobení. Pacienty s dekubitem III. a IV. stupně s rozsáhlou nekrotickou tkání, s podminováním, s tunely, je nutné odeslat k chirurgickému konziliu. U pacientů se stabilní, tvrdou suchou krustou (eschary) pravidelně kontrolujeme a sledujeme, zda se neobjeví zarudnutí, citlivost, otok, přítomnost hnisu, fluktuace, krepitus, zápach, tedy známky infekce. V případě přítomnosti zánětlivých známek je nutné okamžitě kontaktovat chirurga nebo cévního chirurga (1). Pokud rána nevyžaduje urgentní drenáž nebo odstranění devitalizované tkáně použijeme debridement autolytický, enzymatický, larvální nebo mechanický. K šetrnému mechanickému debridementu v terénu povleklé granulační nebo epitelizační rány lze použít Debrisoft.

Generické skupiny – příklady

Na trhu je široké spektrum obvazového materiálu, které jsou indikovány jak k preventivní

aplikaci, tak k terapeutickému vlhkému hojení ran. Není nutné znát všechna dostupná krytí, ale je dobré mít přehled, abychom v případě selhání léčby měli co nabídnout.

Antiseptika

Antiseptické látky jsou na různých nosičích s obsahem PVP-jódu, chlorhexidinu, polyhexanidu, stříbra, manukového medu, bismutu, dialkylcarbamoyl (DACC). Přípravky s obsahem PVP jódu jsou vhodné k ošetřování dekubitů v ischemickém terénu. Pozor u pacientů s alergií na jód.

Krytí se stříbrem je výborným řešením v léčbě infikovaných dekubitů a lze je využít i v prevenci infekce. Nemělo by se používat dlouhodobě a pozor u pacientů s alergií na stříbro.

Pěnová krytí mají široké použití a kromě prevence se využívají také v léčbě dekubitů. Jsou vhodná spíše na plošné secernující dekubity II. a III. stupně. Pokud je velká ranná sekrece, je vhodné použít superabsorpční pěnové krytí.

Transparentní filmové krytí je vhodné k léčbě povrchových dekubitů bez sekrece, k ochraně kůže před poraněním. Jako sekundární krytí při autolytickém debridementu, při použití alginátů nebo jiného výplňového krytí. Aplikace je kontraindikovaná u secernujících a infikovaných ran.

LITERATURA

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park. Western Australia; 2014: s. 17, 22, 25, 32, 33, 47–52, 59, 60. Citace se souhlasným stanoviskem Odboru ošetřovatelství

Hydrogelová krytí

Vhodné na povrchové i hluboké, suché nebo mírně secernující rány. Mají hydratační a autolytické účinky, pomáhají odloučit nekrotickou tkáň a fibrinový povlak. Jejich chladivý účinek je zároveň analgetickým účinkem. Podporují růst granulační a epitelizační tkáně. Jsou prakticky vhodné na každou fázi hojení. Na trhu jsou v plošné formě a v gelech. Hydrogely lze kombinovat s dalšími obvazy například s neadherentním krytím nebo s hydrofibery, algináty apod.

Hydrokoloidní krytí jsou vhodná na dekubity II. nebo III. stupně, nejlépe ve fázi granulace, bez známek infekce. Vždy dbáme na to, aby krytí přímo komunikovalo se spodinou rány. V případě hlubokých defektů kombinujeme s dalším krytím například s hydrokoloidními pastami (5). Nevýhodou je tvorba exsudátu pod krytím, který při pohybu krytí snadno vyteče a v případě sakrální nebo hýžděvé oblasti snadno zateče do gluteální rýhy a může způsobit maceraci.

Alginátová, hydrofibrinová krytí mají vysokou absorpční schopnost a jsou obecně vhodné k hojení dekubitů se střední až silnou sekrecí v terénu granulace, algináty se stříbrem lze použít v terénu infekční rány. Algináty nejsou vhodné do ran s mírnou sekrecí, protože k ráně přisychají a při odstraňování je nutné krytí zvlhčit.

Silikonové mřížky

Jsou vhodné na dekubity bez nebo jen s mírnou sekrecí v kombinaci se sekundárním obvazem. Umožňují bezbolestnou výměnu krytí bez traumatizace tkáně.

Gázové krytí

Gázové krytí se jako primární obvaz nedoporučuje. Snadno přisychá ke spodině rány, při odstraňování způsobuje bolest a poškozuje živou tkáň. Při aplikaci na secernující rány se brzy promáčí, a proto jsou nutné výměny několikrát za den. Pokud nemáme jinou možnost, tak do hlubokých ran můžeme volně vložit vždy jeden kus namočeného pruhu gázového krytí (dezinfekční roztok, fyziologický roztok, Ringerův roztok apod.). Nedoporučuje se používat větší počet kusů (1).

Závěr

Při preventivní a terapeutické rozvaze je nutné vyhodnotit co nejširší množství informací týkající se konkrétního pacienta. K volbě správného klinického postupu doporučujeme využít mezinárodní doporučení „Prevention and Treatment of Pressure Ulcers“, které byly v roce 2015 za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky přeloženy do českého jazyka. Od ledna 2016 jsou v aktualizované podobě k dispozici na webových stránkách www.dekubity.eu.

a nelékařských povolání a hlavní sestry ČR.

2. Pokorná A. Možnosti diferenciální diagnostiky tlakových lézí a lézí v důsledku inkontinence. Postgraduální medicína 2015; 17(2): 217–220.

3. Sobotka L, et al. Basic in Clinical Nutrition. Praha: Galén 2011: 679 s.

4. Pokorná A. Posouzení efektu terapie a hojení dekubitů. Léčba ran 2015; 2(1): 6–9.

5. Pospíšilová A. Léčba chronických ran moderními krycími prostředky. Praktické lékárenství 2010; 6(6): 276–281.

KNIŽNÍ NOVINKA



MANDYSOVÁ PETRA, ŠKVRŇÁKOVÁ JANA

DIAGNOSTIKA PORUCH POLYKÁNÍ z pohledu sestry

Publikace je určena především sestrám pečujícím o pacienty s poruchami polykání (na neurologických odděleních, odděleních ORL atd.). Představuje souhrn poznatků, které je vhodné implementovat do klinické praxe, včetně vybraných výstupů z projektu IGA MZ (2012–2015) zaměřeného na tuto problematiku. V publikaci je poprvé představena jednoduchá metoda pro screening poruch polykání sestrou ve své finální české verzi, založená na výzkumu autorů publikace, včetně detailního postupu, jak tento screening provádět. Postup je obohacen o obrazovou dokumentaci. Tato vysoce odborná publikace je jedinečná tím, že problematiku poprvé detailně přibližuje právě z pohledu sestry.

249 Kč

Grada Publishing, a. s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7, tel.: 220 386 511, 512, 603/26 20 18, fax: 220 386 400, www.grada.cz