

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

Praha 5

LÉČBA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ V DOMÁCI PÉČI

MARTA ŠABOUKOVÁ

Praha 2009

LÉČBA BÉRCOVÝCH VŘEDŮ V DOMÁCÍ PÉČI

Bakalářská práce

MARTA ŠABOUKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Jana Pokorná

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby práce: 2009-06-25

Praha 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Mutné dne

29. března 2009

podpis

ABSTRAKT

ŠABOUKOVÁ, Marta. *Léčba bércových vředů v domácí péči*. Mutná, 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bakalář ve všeobecné sestře. Školitel: MUDr. Jana Pokorná.

Tato bakalářská práce se věnuje problematice kožních ulcerací ošetřovaných v domácím prostředí klienta agenturou DP. Popisuje jejich příčiny, zabývá se klinickým obrazem, prevencí a léčbou. Nezapomíná ovšem také na psychické důsledky těchto stavů.

V teoretické části představuje problematiku kožních ulcerací v celé šíři, porovnává tradiční způsoby léčby s moderními metodami vlhké terapie. Hodnotí i zatížení pacienta po stránce medicínské i ekonomické. Zabývá se též stránkou edukace klienta a to z důvodů zlepšení celkového stavu pacienta i prevenci recidiv.

Klíčová slova: DP, ulcerace, vlhká terapie

ŠABOUKOVÁ, Marta. *Venous ulceration therapy in home care*. Mutná, 2009. Bachelor thesis, .Health care University, o.p.s. Praha. Bachelor in Nursing Tutor: MUDr. Jana Pokorná

This work deal with chronic skin ulceration treated by home care agency in patient's home enviroment. It talk about its causes, clinical picture, prevention and treatment. It also does not snub the mental result of this conditions.

Teoretical part talks about skin ulceration across the full range of this state, it compare traditional way of therapy and recent method – wet treatment. It assess the economic and medical load of patient. Very importatnt is also the education of client because of overall condition improvement and relaps prevention.

Key words: home care,ulceration, wet treatment

PŘEDMLUVA

Pacienti s chronickými onemocněními a jejich komplikacemi představují poměrně rozsáhlou skupinu klientů každé agentury domácí péče. Většinou se jedná o okruh starších pacientů, kteří se dostávají vzhledem ke svému stavu na okraj medicínského zájmu.

Tato práce se zabývá poměrně rozšířeným problémem souvisejícím právě s nejčastějšími chronickými onemocněními – ischemickou chorobou dolních končetin a diabetem. A tímto problémem je chronické hojení ran.

Téma bylo vybráno vzhledem k častému výskytu těchto onemocnění v naší agentuře DP

Práce je určena pro agentury domácí péče, kterým se často dostává pouze teoretických informací od zástupců medicínských firem. Domácí péče je indikována PL, kteří většinou upřednostňují ekonomickou stránku věci a nezohledňují zkrácení doby samotné léčby, jelikož s tímto druhem terapie nemají doposud vlastní praktické zkušenosti.

Závěrem vyslovuji poděkování MUDr. Janě Pokorné za odborný dohled nad moji bakalářskou prací.

OBSAH	6
ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ	10
1.1. Definice, charakteristika, etiologie.....	10
1.2. Patofyziologie	11
1.3. Klinický obraz	14
1.4. Diagnostika	16
1.5. Terapie	18
1.5.1. Operační zákroky vedoucí k sanaci vředu	18
1.5.2. Konzervativní léčba	18
1.5.3. Dietoterapie.....	19
1.5.4. Farmakoterapie.....	22
1.5.5. Pohybový režim.....	26
1.5.6. Psychoterapie	27
2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ULCUS CRURIS VENOSUM V DP	28
2.1. Ošetřování nemocných s ulcus cruris venosum v DP	28
2.1.1. Příjem do DP.....	28
2.1.2. Postup ošetřovatelské péče	29
2.1.3. Možné ošetřovatelské diagnózy	30
II. PRAKTICKÁ ČÁST	31
3. POSOUZENÍ STAVU PACIENTA.....	31
3.1. Identifikační údaje.....	31
3.2. Výtah z lékařské dokumentace	32
3.2.1. Lékařská anamnéza	32
3.2.2. Vyšetření	33
3.2.3. Závěr při příjmu.....	33
3.3. Terapie	34
3.3.1. Chirurgická léčba	34
3.3.2. Konzervativní léčba	34
3.3.3. Fyzikální vyšetření sestrou	41
3.4. Posouzení stavu potřeb klienta.....	42
3.4.1. Vnímání zdraví.....	42
3.4.2. Výživa, metabolismus	43
3.4.3. Vylučování	43
3.4.4. Aktivita, cvičení	43
3.4.5. Spánek, odpočinek	44
3.4.6. Vnímání, smysly	45
3.4.7. Sebepojetí.....	45
3.4.8. Role, mezilidské vztahy.....	46
3.4.9. Sexualita, reprodukční schopnosti.....	47
3.4.10. Víra, životní hodnoty	48
4. Ošetřovatelské péče.....	49
4.1. Seznam ošetřovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priority).....	49
4.2. Plán ošetřovatelské péče	50
4.2.1. Kožní integrita porušená	50

4.2.2. Bolest chronická.....	510	Beznaděj.....	
	51		
4.2.3. Konkrétní plán ošetrovatelské péče			52
5. Edukace pacienta/klienta			53
5.1. Edukační list			53
5.2. Edukační záznam- realizace			53
5.3. Edukační plán			53
5.3.1. Cíl edukačního plánu.....			53
5.3.2. Význam			53
5.3.3. Technika.....			54
5.3.4. Kontrolní otázky pro sestru			55
5.3.5. Postup při zaškolování pacienta, klienta			56
5.3.6. Kontrolní otázky pro klienta			57
6. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE			58
7. PROGNÓZA			59
8. ZÁVĚR			59
9. SEZNAM LITERATURY			60
9.1. Citace odborných publikací			60
9.2. Použitá literatura.....			60
9.3. Internetové zdroje			61
10. SEZNAM ZKRATEK			62
11. PŘÍLOHY			62
11.1. Fotografie ulcerace ze dne 31.10.2008.....			63
11.2. Fotografie ulcerace ze dne 30.12.2008.....			64
11.3 Fotografie ulcerace ze dne 25.03.2009.....			65
11.4 Rehabilitační technika			66
11.5 Návod na ošetřování chronických ran			67

ÚVOD

Jako téma své práce jsem si vybrala problematiku, která je v naší agentuře v posledním roce nejaktuálnější. Jedná se bérkové vředy- onemocnění vzniklé na základě chronické insuficience cévního systému dolních končetin, které často komplikuje diabetes mellitus.

Ne jinak je to i v případě popisovaného klienta.

Ošetření bérkových vředů patří k náročnější péči. Doposud nejvíce používaná léčba, pomocí mastí a desinfekčních prostředků se jeví jako málo efektivní. Má dlouhodobý charakter, pacienta zatěžuje a omezuje. A proto jsme se spolu s ošetřujícím lékařem rozhodli pro změnu léčby, pro vlhkou terapii. Výhodou moderního způsobu ošetřování je to, že tato metoda poskytuje značný komfort pro pacienta, snižuje počet převazů i bolestivosti a omezuje nepříjemné průvodní jevy (sekrece z rány a zápach). Není zanedbatelný ani ekonomický aspekt léčby, kdy v celkovém součtu (léčba z desítek let je se zkracuje na 5-6 měsíců), dochází k výraznému snížení celkových nákladů (častější převazy, velké dávky připravovaných mastí apod.) Doba hojení s použitím moderního krytí se výrazně zkracuje, přímé náklady na léčbu jsou tudíž podstatně nižší a pacient se rychleji dočká úlevy.

Tento způsob léčby známe již delší dobu, s některými pomůckami již zkušenosti máme, základní fázi vlhké terapie jsme také vyzkoušeli u některých pacientů, ale kompletní metodu vlhkého hojení jsme z finančních důvodů ještě neabsolvovali. Až nyní, po schválení všech fází vlhké terapie praktickým lékařem si poprvé své poznatky ověříme v praxi. Připraven je celý kolektiv zaškolených sester domácí péče. Několikadenní odborné semináře probíhaly ve Fakultní nemocnici v Brně pod vedením jedné z naší největší odbornice na vlhkou terapii, MUDr. Sabiny Švestkové.

Naše první zkušenosti s komplexním léčením pouze za pomoci vlhké terapie by jsem Vám chtěla nyní popsat.

CÍL PRÁCE

Cíl práce očekávám ve třech rovinách: První se týká klienta, předpokládáme a doufáme v úspěšnost a úplné zhojení defektu. Druhá rovina se týká naší agentury DP, kdy ověřená úspěšnost vlhké terapie bude přínosem v léčbě všech klientů s chronickými ránami. Třetí rovina se týká praktických lékařů, kteří snad po předložení hmatatelných důkazů o vlhké léčbě změní svůj názor na tento druh léčby a doufám, že dojde v tomto směru i ke zvýšené indikaci v léčbě chronických ran u našich společných klientů.

TEORETICKÁ ČÁST

1. KLINICKÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1. Definice, charakteristika, etiologie

Vřed vyvolaný rozsáhlou poruchou odtoku v hlubokém venózním systému vzniká v průběhu nedostatečného odtoku venózní krve k srdci. Tím vzniká venózní hypertenze, krevní plazma je vytlačována z cirkulace do tkáně. Typickou lokalitou bývá okolí zevního kotníku. Bývají povrchové s větším plošným rozsahem, mnohdy až cirkulačního typu s menší bolestivostí.

Z etiologického hlediska tvoří největší skupinu **bércové vředy žilního původu**, jejichž příčinou je chronická venózní insuficience (zvýšený žilní tlak vede k žilní stáze a lokální zánětlivé reakci). Bolest, lokalizovaná v oblasti spodní části nohy či v lýtku, se objevuje především při sezení nebo stání, typický je pocit tíhy, únava až křeče. Úlevu přináší ve většině případů chůze a elevace dolní končetiny. Další skupinu představují **bércové vředy arteriální**, působené zúžením nebo úplným uzávěrem přívodní arterie. Větší tepny bývají postiženy při obliterující ateroskleróze nebo endangiitidě, menší pak při polyarteriitis nodosa, diabetické mikroangiopatii, vaskulitidách apod. Bolest v lýtku, stehně nebo hýždí se dostavuje při chůzi, v pokročilejších stádiích i v klidu. Je závislá na pracovní činnosti a opakuje se. Ke zmírnění bolesti dochází přerušáním chůze. Příčinou bércových vředů mohou být v menší míře také infekční choroby (lupus vulgaris, syphillis gummosa, erysipel), krevní choroby (srpková anémie, sférocytóza, thalassémie), vrozené cévní anomálie (aneurysma), popř. nádorová onemocnění (leukemie, lymfomy, spino- a bazocelulární karcinom). K rozvoji onemocnění mohou rovněž přispět fyzikální příčiny jako traumata, popáleniny, určité druhy záření apod.

1.2. Patofyziologie

Chronická žilní insuficience může vzniknout na základě přítomnosti primárních varixů, kdy snížená rezistence žil dolních končetin je závislá na faktorech genetických, rasových, rodinných, geografických a civilizačních. Žilní nedostatečnost může vzniknout také jako následek posttraumatického syndromu, přičemž za rozhodující faktor pro klinickou prognózu je považována anatomická lokalizace překážky v proudění krve.

Suprafasciální žilní insuficience-primární varikóza

Jako varixy jsou označovány vakovitě nebo hadicovitě rozšířené žíly, jejichž typicky vinutý průběh je pod kůží dobře viditelný. Jestliže je jejich výskyt četnější, jsou označovány jako varikóza. Příčinou vzniku primárních varixů může být ageneze chlopní nebo vrozená dysfunkce žilních chlopní. K dilataci žil a k insuficienci chlopní však častěji vede dědičná nebo stářím podmíněná ztráta elasticity žilních stěn. Tato vrozená dispozice bývá zesilována ještě dalšími rizikovými faktory, jako jsou např. hormonální vlivy během těhotenství, nedostatek pohybu, nadváha, statická zátěž nebo zánětlivé procesy. Jestliže lumen a insuficience chlopní postihne oblast kmenových žil (vena saphena magna a parva), je toto onemocnění označováno jako kmenová varikóza. Varikózní laterálních větví se vyskytuje tehdy, jestliže jsou postiženy boční větve kmenových žil, varikózní rozšíření vena communicates se označuje jako retikulární varikóza.

Protože povrchovým žilním systémem se zpět k srdci transportuje pouze asi 10% celkového množství žilní krve, může být funkční výpadek jednotlivých žilních úseků povrchového systému většinou bez problémů kompenzován jinou částí žilního pletiva nebo převzetím transportní funkce intaktními transportními žilami hlubokého žilního systému. Klinický obraz se výrazně zhorší, jestliže dilatace ven a insuficience chlopní postihne i perforátory a subfasciální veny, dojde ke vzniku patologického zpětného toku – refluxu – a tím k poruše fyziologického zpětného transportu venózní krve.

Ještě při subicientním aparátu chlopni při primární varikóze, mohou mít ulcerace svůj původ také v drobných poraněních, tupých traumatech nebo v ruptuře varixů. O to příznivější je pak jejich prognóza.

Subfasciální venózní insuficience/sekundární varikóza, posttrombotický syndrom

Insuficience subfasciálních ven se může vyskytnout primárně jako následek ageneze či hypoplazie venózních chlopni, většinou ale vzniká sekundárně po trombóze (resp. flebotromboze) v hlubokém venózním systému DK.

Při trombóze hlubokých ven dochází k zánětu venózní stěny a uzávěru lumen ven trombem s nebezpečím plicní embolie. Trombus bývá vazivově organizován, přičemž kolagenní obal vede ke tvorbě jizev. Při neúplném uzávěru dochází později k rekanalizaci, ale vena jizvením ztrácí svojí pružnost a nedokáže se přizpůsobit kolísajícímu objemu krve. Také její chlopně se již nemohou zcela funkčně zavírat a představují překážky v krevním řečišti, které mohou přispět ke vzniku turbulentního proudění krve. V důsledku tvorby jizev dochází ke změnám průsvitu transportních vén a vzniká nový prázdný prostor pro pumpu lýtkového svalu, takže nemůže být odčerpáváno dostatečné množství krve, tlak stoupá a dochází ke vzniku venózní hypertenze. Sagnace venózní krve vede k poruchám metabolismu a troficitě periferních okrsků kůže. Nejzávažnějším projevem poruchy funkce venózního systému je ulcus cruris.

Venózní hypertenze vede ke vzniku nedomykavosti chlopni perforátorů, takže krev teče ze subfasciálního venózního systému obráceným směrem do systému suprafasciálního.

Důsledkem tohoto stavu je vznik sekundárních varixů a edematózní infiltrace cutis a subcutis.

Posttrombotický syndrom je nejčastější příčinou ulcus cruris.

1.3. Klinický obraz

Ulcus cruris vznikají z 90 % na podkladě venózní hypertenze při chronické venózní insuficienci. Asi 6 % těchto ulcerací má původ v nedostatečném periferním tepenném zásobení a asi 4 % ulcerací na bérkách vzniká ze specifických příčin (např. diabetes mellitus, infekce, nemoci krve, nádorové onemocnění a další). Přesná diagnóza je pro stanovení vyšetřovacího a léčebného postupu nezbytná. Zahrnuje důkladnou anamnézu, klinické a přístrojové vyšetření a také diferenciálně diagnostický přístup k vyloučení nevenózních příčin vzniku ulcerací.

Anamnéza

Anamnéza se zaměřuje na rodinné nebo osobní rizikové faktory (varixy, symptomy , hluboké venózní trombózy, na hypertenze), životní režim (sedavé zaměstnání, statická zátěž, nedostatek pohybu atd.), užívání léků, konzumace alkoholu a tabáku, vznik a průběh onemocnění a také na dřívější lokální nebo systémovou léčbu.

Lokalizace a tvar vředu

Venózní ulcerace jsou nejčastěji lokalizovány v oblasti vnitřního kotníku (tzv. Bisgaardova kulisa) a dovolují diagnózu per prima vista. Asi v 20% případech se vyskytují i v jiných lokalizacích na bérce a potom je nutné v rámci diferenciální diagnózy uvažovat i o jiné etiologii, Tvar a velikost vnitřního ulcerace je variabilní, může postihnout i celý bérec. Církulární ulcerace označujeme jako kamašový vřed.

Stav spodiny rány

Spodina ulcerace venózní etiologie bývá nažloutlá, případně. bělavá s fibrinovými nálety a se sekrecí mírnější. Při přítomnosti nekrotických hmot musíme uvažovat o současné poruše tepenného systému. Takovou ulceraci označujeme jako vřed smíšené etiologie – ulcus mixtum. Hnisavé povlaky na spodině rány a zápach svědčí pro přítomnost patogenní mikrobiální flóry.

Stav okolí vředu

Pacienti s chronickou venózní insuficiencí jsou predisponováni ke vzniku dermatíd a varikózních ekzémů a z toho plynoucími kožními změnami. Městnavá dermatitida se objevuje převážně v distálních partiích bérců a na jejím podkladě dochází ke vzniku varikózních ekzémů, kde kontaktní složka souvisí velmi často s aplikací extern, která obsahují senzibilizující substance (např. heřmánek, neomycin, rivanol, propolis a další)

Otoky

U výraznějších otoků je vhodné pravidelné měření obvodů končetin v konstantních bodech, monitorování změn stavu otoku během léčby a sledování příznivého efektu kompresní terapie.

Subjektivní potíže

Ulcerace při primárních varixech působí většinou pacientovi menší potíže, než ulcerace vzniklé na podkladě posttrombotického syndromu. Obzvláště však malé vředy, které vznikly na podkladě kapilaridity mohou pacientovi způsobovat subjektivní potíže a bolesti. Obvykle také ulcerace arteriálního původu bývají podstatně bolestivější než ulcerace původu venózního.

Ortopedické vady

Aby se uplatnil příznivý efekt svalové pumpy lýtky a účinek zevní komprese, je nezbytná dobrá pohyblivost kloubů DK. Dále je nutné dávat pozor na časté ztuhnutí v oblasti hlezenních kloubů, kde se zvláště u pacientů s posttrombotickým syndromem objevuje postavení „koňské nohy“ – pes equinus. Vzácně se mohou vyskytovat ankylózy v oblasti horního hlezenního kloubu jako příznak léta trvající ulcerace, při které dochází k jizvení a sklerotizaci podkoží zvyšující bolestivost, kterou pacient řeší omezením pohybu v kloubu. Také přítomnost dalších ortopedických vad jako je plochonoží, příčné plochonoží a zhroucení klenby nožní, zhoršuje stav funkce venózního systému na dolních končetinách.

1.4. Diagnostika

Vyšetření arteriálního systému

Nezbytná je znalost stavu arteriálního systému, kdy nám základní informace poskytne teplota končetiny. Chlad akrálních částí svědčí o nedostatečné arteriální perfúzi. Dalším důležitým příznakem je pulsace na periférii. Při mnohaletém diabetu však přítomnost pulsace na periférii může být zavádějícím klinickým kritériem, protože sklerotické změny tepenné stěny umožní palpaci pulsace na periférii i při výraznějších cirkulačních poruchách. Kromě toho mohou u diabetiků chybět typické příznaky claudicatio intermittens z důvodů přítomnosti periferní diabetické neuropatie. Také periferní měření tlaku prostřednictvím ultrazvuku může poskytovat zkresleně vysoké hodnoty způsobené mediasklerózou a regiditou tepenné stěny. Výpovědní hodnotu pro diagnostiku má akrální oscilografie, popř. barevná duplexní sonografie.

Vyšetření venózního systému

Pro další léčbu má zásadní význam přesná lokalizace refluxu ve venózním systému. Diagnostika se při tom opírá o klinická a přístrojová vyšetření. Za spolehlivé rutinní vyšetření, které nás informuje o výskytu a lokalizaci insuficience ve venózním systému je považováno ultrazvukové vyšetření podle Dopplera. Velkou výpovědní hodnotu má také barevná duplexní sonografie, poskytující orientaci hlavně o hlubokém venózním systému.

Vyšetření celkového stavu pacienta

V rámci diferenciální diagnostiky je nutné pátrat po příznacích latentní nebo manifestní pravostranné srdeční insuficience. Laboratorně je nutné vyšetření hodnoty glykemie nalačno i po zátěži (glykemická křivka), v krevním obraze hemoglobin, počet erytrocytů, hematokrit, dále proteiny akutní fáze a hemokoagulační parametry.

Diferenciální diagnostika bérkových ulcerací

Jak již bylo zmíněno, 90% všech ulcerací na dolních končetinách vzniká na podkladě chronické venózní insuficience. V rámci správného diagnostického postupu je nutno zvažovat i jinou možnou etiologii ulcerací. Příčinami mohou být:

Uzávěr větších nebo menších periferních arterií při chronické ischemické chorobě dolních končetin může vést ke vzniku *ulcus cruris arteriosum*. Arteriální ulcerace bývají lokalizovány v oblastech vystavených mechanickým tlakům. V klinickém obraze je typická přítomnost nekrotických hmot na spodině vředů, někdy mohou být obnaženy i šlachy, svaly a kosti. Při vaskulitidě se zpravidla po obou stranách končetiny objevují mnohočetné vředy velikosti hrachu až mince.

Makro a mikro angiopatie a také periferní neuropatie při diabetu mohou mít za následek vznik ulcerací z porušené troficity (*ulcus trophicum*), kdy může dojít až k rozvoji diabetické gangrény, která nezřídka u diabetiků končí amputací končetiny. Typické místo, kde vznikají tyto vředy je lokalizované v místech působení tlaku nad kostními prominencemi, na hranách plosky, v akrálních oblastech a u neuropatických ulcerací na chodidle.

Onemocnění krve jako např. perniciózní anemie mohou být příčinou či rizikovým faktorem při vzniku ulcerace.

Infekce, jako např. stafylokoky nebo streptokoky vyvolané erysipely, mohou být příčinou bérkových vředů.

Fyzikální, chemické nebo termické poranění může být další příčinou ulcerace dolních končetin. Nesmíme však zapomínat na možnou uměle vytvořenou ulcerace, kdy se pacienti sebepoškozují.

Tumorózní procesy, karcinomy, lymfomy, Kaposiho sarkon a maligní melanomy mohou být zvláště při exulceraci povrchu, zaměněny za klasickou ulceraci a jako taková i nesprávně léčena. Při rostoucím procesu, který se může objevit i na podkladě chronických ulcerací vždy uvažujeme o *ulcus cruris neoplasticum*. Diagnóza se stanovuje histologicky.

1.5. Terapie

Ulcus cruris venosum je chronická rána se špatnou hojivou tendencí, s dlouhým trváním léčby a častými recidivami. Dnešní poznatky o patofyziologických mechanismech vzniku umožňují stanovení účinné léčebné strategie.

Terapeutická opatření se koncentrují na následující body.

1.5.1. Operační zákroky vedoucí k sanaci vředu

U ulcerací, které jsou rezistentní vůči léčbě, může být za určitých okolností pomocí chirurgický zákrok proximálně od ulcerace v terénu bez jizev. V mnoha případech je úspěšná paratibiální fasciotomie podle Hacha a také endoskopický podvaz perforátoru podle Hauera.

1.5.2. Konzervativní léčba

Kompenzace venózní hypertenze

Základem terapie je kompresivní obvaz. Účinek kompresivního obvazu kauzálně zasahuje do průběhu onemocnění venózního systému, protože po jeho naložení dochází k zúžení dilatovaných žil a díky tomu dochází k obnovení, popř. k určité náhradě funkce venózních chlopní, snižuje se venózní hypertenze s odstraněním reflexu. Dochází ke zvýšení rychlosti proudění venózní krve. Kompresivní obvaz současně zvyšuje tlak na tkáň a tím dochází ke zvýšené resorpci tkáňové tekutiny v kapilárním lůžku a v lymfatických cévách. Lokálně je podpořena mikrocirkulace, takže se zlepšuje tendence k hojení bércové ulcerace. Kompresivní obvaz je také oporou svalstva dolní končetiny a tím přispívá k alespoň částečnému obnovení funkce svalové pumpy lýtky, popř. ke zlepšení její účinnosti.

Při správné kompresivní terapii dojde v převážné většině případů ke zmírnění bolesti a k urychlení hojení ulcerace, což pacient považuje za povzbudivé a je motivován k pokračování někdy i dlouhodobé léčby.

Zlepšení venózního návratu - odstraněním refluxu

Invazivní řešení chronické venózní insuficience

V moderní flebologii představují sklerotizační terapie a operační řešení varixů dva navzájem se doplňující invazivní léčebné postupy. Jaký postup je zvolen při léčbě bérkové ulcerace, závisí na anatomické lokalizaci refluxu a na stupni chronické venózní insuficience.

Při primárních varixech je možné provedení sklerotizace periulcerózních varixů, operační odstranění kmenových varixů nebo sklerotizace laterálních varikózně rozšířených větví. Důsledná zevní komprese je nutná po celou dobu hojení ulcerace.

Při sekundárních varixech a venózní hypertenzi v systému se trvalé uzavření insuficientních perforátorů v oblasti ulcerace zdaří jen zřídka, ale i přechodná obliterace přispěje k odlehčení a vede ke zlepšení hojení ulcerace. To platí především pro varixy lokalizované v oblasti ulcerace, kdy po kvalitně provedené sklerotizaci lze e dosáhnout rychlého zhojení ulcerace.

Jestliže je chronická venózní insuficience dle funkčně diagnostických kritérií nezlepšitelná, je kvůli odlehčení dané oblasti, vhodné provedení podvazu perforátoru v okolí. Následná trvalá kompresivní léčba je však nezbytná.

1.5.3. Dietoterapie

Základním předpokladem úspěchu procesu hojení ve spojení s kauzální a lokální léčbou je dostatečný přísun potřebných látek ve výživě, které mají za úkol podporovat novotvorbu tkáně. Efektivita hojících procesů vyžaduje převahu stavebních procesů nad destrukčními. Je nutné zvládnout kontaminaci rány a ischemii s tvorbou nekrózy.

Zlepšení výživy patří mezi hlavní účinné léčebné metody v oblastech péče o nemocné. I přes veškerou modernizaci a osvětu je výživa stále vážným problémem nemocných a starých lidí.

Špatný nutriční stav zhoršuje imunitní reakce, klinický průběh nemoci, prodlužuje léčbu a zvyšuje náklady na léčbu. Malnutrice u pacientů se vyvíjí při nedostatečném přísunu stravy, při poruchách trávení a vstřebávání a při těžkém metabolickém stresu v nemoci, který vede k vystupňovanému proteinovému katabolismu.

U starších pacientů s ulceracemi se často otupuje intenzita prožívání pocitu hladu a sytosti. Vzhledem ke stáří se zároveň snižuje kapacita relaxace žaludku, který se pomaleji vyprazdňuje. Tyto přirozené změny v pocitu sytosti a plnosti žaludku je nutné respektovat a do podpůrných nutričních režimů zařadit častější a menší dávky potravin a tekutých přísad.

Význam jednotlivých nutričních složek

Energie

Nedostatek energie způsobuje poruchy obranyschopnosti organismu a poruchy základních vitálních funkcí a tím zhoršuje lokální regenerační proces.

Voda

Nedostatek vody způsobuje: poruchy přívodu jednotlivých živin, odsunu metabolických zplodin, dehydrataci buněk a poruchy obranných mechanismů.

Sacharidy

Jako hlavní zdroj energie, tlumí tvorbu ketolátek a snižují katabolismus proteinů.

Proteiny

Nedostatek proteinů mívá za následek oslabený imunitní systém a sníženou schopnost hojení.

Minerály

K procesu hojení jsou nezbytné i tyto minerály – sodík, draslík, chloridy, fosfor, hořčík a vápník.

Stopové prvky

- Zinek
- Měď
- Železo
- Chrom

Vitaminy

- Vitamin A, E, D, K
- Thiamin
- Riboflamin
- Pyridoxin
- Kyselina askorbová
- Kyselina listová

U všech těchto složek potravy je nutné sledovat celkovou zásobu látek v organismu, denní bilanci a enterální, či parenterální příjem.

1.5.4. Farmakoterapie

Systémová terapie ulcus cruris venosum pomocí léků ovlivňujících venózní systém má především podpůrný význam pro zlepšení venózního návratu. Jsou rozlišovány tři skupiny látek: diuretika, venotonika a venokinetika, edemprotektiva.

Diuretika mohou být v počáteční fázi léčby krátkodobě indikována za účelem zmenšení otoků, ale v žádném případě se nepodávají ve vysokých dávkách. Dlouhodobá diuretická léčba je kontraindikována u otoků bohatých na bílkoviny a u lymfedémů, protože v konečném důsledku urychlují fibroproliferativní změny v podkoží.

Venotonika svým účinkem na venózní stěnu zmenší průsvit vény a současně zvyšují rychlost proudění krve a dále snižují viskozitu krve.

Edémprotektiva ovlivňují stěny kapilár a zvyšují resorpci tkáňové tekutiny. U těchto skupin léků se používají syntetické i čisté přírodní látky, jako např. extrakty z jírovce, listovce nebo komonice. Jednotlivě nebo v různých kombinacích. V poslední době byla v mnoha studiích prokázána účinnost venofarmak, ale jejich vliv na venózní systém nesmí být přeceňován. Je nutno si uvědomit, že v žádném případě nemohou nahradit kompresivní terapii.

Farmakoterapie venózních ulcerací má význam především podpůrný, sloužící k omezení symptomatologie. Z oblasti venotonic jsou používány flavonoidy (Cilkanol, Venoruton), přípravky kombinované s výtažky z pakaštanů koňských (Anavenol, Reparil či Yellon gel) nebo syntetické preparáty (Glyvenol). V klinické praxi se podle MUDr. Vladimíra Nerada (FN Hradec Králové) osvědčilo i podávání prostaglandinu E1 (stimuluje fibrinolýzu, omezuje tvorbu volných kyslíkových radikálů v granulocytech) a pentoxyfylinu (stimuluje fibrinolýzu, omezuje agregaci trombocytů, zvyšuje tvárnost erytrocytů). Nezbytné odstranění nekrotických tkání lze provést radikálně – chirurgickou nekrektomií nebo, u méně znečištěných ran, působením enzymů (preparáty ve formě mastí, zásypů či roztoků).“¹

Mikrobiologická vyšetření potvrzují, že většina ulcerací je infikována více druhy mikroorganismů, z nichž některé mohou hojení rány značně zkomplikovat. Mírná infekce je odstraňována nekrektomií. Pravidelná péče o ránu, u rozsáhlejších infekcí je vhodně doplňována antibiotickou léčbou. Právě v oblasti péče o ránu došlo v posledních letech k významnému pokroku. Stále častěji se hovoří o nové kvalitě ošetřování chronických ran, kterou přinesla mokrá terapie. Nejedná se o metodu zcela novou (s používáním mulů napuštěných různými roztoky se setkáváme už ve starověku), ale výrazně zdokonalenou. Nové obvazové materiály předně zajišťují vedle běžného krytí rány i její čištění, prodloužení frekvence výměn (24 hodin), urychlení pohybu buněk a pohlcují i často obtěžující zápach. Vlhké prostředí, které se pod obvazem vytváří, navíc pomáhá udržet v defektu stabilní teplotu. Aplikaci speciálních super absorpčních obvazů lze rovněž kombinovat se všemi výše uvedenými metodami (tj. chirurgickým řešením i cestou enzymatického čištění).

„MUDr. S. Švestková (FN Brno - Bohunice) charakterizovala princip mokré terapie jako výsledek kombinace účinku mokrých obvazů a absorpčních krytí na ránu. Trvale vlhké prostředí vytváří v ulceraci příznivé mikroklima, zabraňující inaktivaci místně vylučovaných biologicky aktivních substancí, které stimulují migraci a proliferaci buněk epitelu a fibroblastů (Ringerův roztok, obsažený v polštářcích ze super absorpčního polyakrylátu, je vytlačován exsudátem a upravuje elektrolyty v ráně). Ve fázi čištění tedy obvaz (Tender Wet) především přispívá k odsávání nadbytečného exsudátu a svou prodyšností zajišťuje i dostatečný přístup kyslíku (podstatné zejména u silně secernujících ran), což má význam i pro potlačení vzniku anaerobních infekcí. Je-li spodina rány čistá, může se začít vytvářet granulační tkáň. Ve fázi epitelizace obvaz stále udržuje vlhké prostředí a tím urychluje migraci a dělení buněk. Výhodou rychlejšího a méně bolestivého hojení je i úspora analgetik.

Obecně lze ve stručném přehledu doporučit například pro fázi čištění algináty (Sorbagon) a hydrokoloidy (Hydrocoll), pro granulační fázi hydrogely (Hydrosorb) a polyuretany (Syspurderm), pro epitalizaci neadhezní kontaktní obvazy (Grassolind, Branolind). Ve všech fázích je možno použít už zmíněný Tender Wet, který má navíc mírný analgetický účinek.

Z širokého sortimentu, plně dostupného na našem trhu, je možno sestavit například vhodnou kombinaci pro čisticí fázi: Tender Wet 24, který vyplachuje a čistí ránu nepřetržitě 24 hodin, s obinadlem, zajišťujícím kompresi subfasciálních oblastí žilního systému. Ve fázi hojení je pro optimální granulaci a epitelizaci doporučováno například průhledné krytí Hydrosorb tvořené hydrogelem s vysokým podílem vody ve struktuře gelu, s kompresí zajištěnou obinadlem.⁴²

I ohlasy z terénu potvrzují, že díky moderní terapii pomocí hydrokoloidních obvazů, se stává ambulantní ošetření otevřených ran úspěšnější a zkracuje se doba nezbytné léčby. To má nepochybně velký význam právě v ordinaci praktického lékaře. I přesto, že už dnes můžeme v souvislosti s poznáním procesu hojení hovořit o téměř ucelených poznatcích a důkazů o užitečnosti mokré terapie spíše přibývá, není a asi ještě nějakou dobu nebude tato účinná metoda dostupná všem. Problémem zatím zůstává finanční zabezpečení poměrně drahého materiálu. Veškeré moderní metody vyžadují vstupní investice, ale ekonomická rozvaha se neprovádí na „týdenní turnus“, navíc není pochyb o tom, že klasická léčba (aplikace mastí, vysoká spotřeba obvazového materiálu, dlouhodobost terapie, ne vždy uspokojivý konečný výsledek) je ve skutečnosti dražší.

Fázové ošetřování ran

Fáze hojení – ČISTICÍ: podporují vhodně zvolená krytí. Čištěním rány, odsáváním nadbytečného sekretu s choroboplodnými zárodky, slouží jako ochrana rány před infekcí, povzbuzuje obranyschopnost a schopnost hojení a umožňuje odstranění odumřelé tkáně bez poškození buněk.

Fáze hojení - GRANULAČNÍ: podporuje krytí novotvorbu tkáně tím, že vyrovnává hladinu vlhkosti, chrání před vysycháním, vytváří bariéru proti choroboplodným zárodkům a chrání granulační tkáň před mechanickým poškozením buněk.

Fáze hojení – EPITELIZAČNÍ: urychluje krytí dělení buněk tím, že udržuje prostředí rány vlhké a tím zabraňuje předčasné tvorbě krusty.

Fototerapie

Jednou z novějších metod podpůrné léčby ulcerací může být forma fototerapie, kdy za pomoci biostimulačních laserů.přístroj vyzařuje červené polarizované světlo vysoce svítících LED diod, které proniká do hlubších struktur tkání ,kde vyvolává fotogenické změny a tím urychluje hojení. Tato terapie je bezbolestná.

Poruchy procesu hojení

U bércoých ulcerací je nutno počítat s narušením procesu hojení již na základě příčin vzniku defektu, ale i další systémové a lokální vlivy mohou negativně ovlivnit hojení chronických ran. Je proto velmi důležitá snaha o eliminaci těchto faktorů.

Důležitou roli v procesu hojení ran hrají: věk pacienta, stav výživy, další přidružená onemocnění a účinky celkově podávaných léků.

Fyziologické stárnutí zpomaluje proces hojení ran redukovanou buněčnou aktivitou, ale větší negativní vliv má hlavně polymorbidita spojená se stářím pacienta, nedostatečná výživa a špatný stav imunity.

Pro hojení ran je důležitý dostatečný přísun bílkovin, vitamínů (C a A) a také minerálních látek (železa, mědi a zinku). V důsledku nedostatečného přísunu živin, poruch resorpce nebo tak následkem průvodních onemocnění je možno právě u starších pacientů pozorovat stavy karence bílkovin a vitamínů.

Kromě cévních onemocnění, která jsou příčinou vzniku bércoých vředů, mají inhibiční vliv na proces hojení ran také další nemoci (např. revmatoidní artritida, endokrinopatie, diabetes mellitus, tumorózní onemocnění, infekční choroby nebo onemocnění krve.

Nutné je posoudit i vliv léků, protože různá farmaka mohou mít negativní vliv na proces hojení (např. imunosupresiva, cytostatika, antiflogistika a antikoagulancia.

Významnou roli hraje i psychosociální situace pacienta. Ošetřování chronických ran předpokládá spolupráci pacienta a rodinných příslušníků, protože léčba se neomezuje pouze na lokální opatření, ale důležité je i důsledné provádění a dodržování dalších léčebných opatření. Negativní vliv na hojení rány má abusus alkoholu a nikotinu, léků a drog a většinou tito pacienti bývají ve špatném celkovém zdravotním stavu.

Místní rušivé faktory související s neodborným ošetřováním rány. Zde je nutné poukázat především na nemístnou polypragmazi lokální léčby, kdy může dojít k citelnému narušení procesu hojení a ke zvýšení rizika lokálních a systémových alergií. Kontaktní dermatitidy a ekzémy nejčastěji vyvolávají antiseptika, antibiotika a prostředky na podporu epitelizace a granulace. Je nutné poučit pacienta o nevhodnosti používání látek se sensibilizačním potenciálem (např. heřmánek, aloe vera, měsíček zahradní, olej čajovníku a další).

1.5.5. Pohybový režim

Nezbytnou součástí léčebného režimu musí být i přiměřená *fyzická aktivita*. Při práci svalové pumpy při pohybu dochází ke zlepšení oběhových poměrů v dolních končetinách. Klient s ulceracemi by měl (pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí), zařadit do svého denního programu pravidelné procházky, lehká cvičení, ke zlepšení návratu venózní krve dle možnosti i jízdu na kole.

Dále je vhodné zkusit během dne alespoň 30krát stoupnout na špičky, ze špičky na patu nebo kroužit nohama v kotnících. Dalšími jednoduchými a účinnými cviky jsou: vsedě se střídavě opírat o špičky a o paty, vsedě kroužit špičkami, vleže simulovat jízdu na kole, vleže propínat a krčit špičku atd.

Při onemocnění dolních končetin pomáhá elevace končetin- zvednutí dolních končetin nad úroveň srdce v době klidu, spánku i odpočinku.

Pohybový režim a elevaci je vhodné doplnit masáží studenou vodou, při které je trénován cévní systém a přispívá ke zlepšení návratu žilní krve k srdci.

Naopak by se měl klient vyvarovat dlouhému postávání na jednom místě.

1.5.6. Psychoterapie

U klientů trpících ulceracemi nesmíme zapomínat na psychickou stránku léčby. Většinou toto onemocnění postihuje starší klienty trpící již jednou či několika chronickými onemocněními. Je nutné klienta seznámit se všemi alternativami léčby, vysvětlit jeho roli v léčebném procesu, vyzvat jej ke spolupráci a nastínit i výsledek léčby. Mnohdy je pro nemocného přínosem i nabytí jistoty, že již nedojde k dalšímu prohlubování onemocnění. Psychika klienta je posílená s každým odezněním nepříjemného symptomu (bolest, otok, nespavost).

Na psychoterapii ve formě edukace nesmíme zapomínat při každé návštěvě klienta a to po celou dobu léčby.

Prognóza (funkční důsledky)

V současné době lze díky dostupnosti neinvazivních diagnostických postupů a při využití moderních léčebných metod v mnoha případech řešit příčinu venózních ulcerací. Dobrá léčebná koncepce *ulcus cruris venosum* předpokládá správné posouzení stavu rány, stanovení fáze hojení, zhodnocení objektivních poměrů v závislosti na celkovém stavu organismu. „Cílem dobrého ošetření rány je regulace a stimulace jednotlivých fází hojení tak, aby byl zajištěn kvalitnější průběh hojení. Nemalou roli hraje i připravenost a spolupráce pacienta. Při správné léčbě se ulcerace hojí v 66-90% během prvních tří měsíců. Během prvního roku lze však očekávat recidivu ve 30-50 % případů.“³

Léčebná koncepce přináší šanci na urychlení procesu hojení, což nejenom značně zlepšuje kvalitu života pacientů s onemocněním venózního systému, a lze jej uvítat i z hlediska sociálně-ekonomického.

2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S ONEMOCNĚNÍM ULCUS CRURIS VENOSUM V DP

2.1. Ošetřování nemocných s ulcus cruris venosum v DP

Tato forma péče je samozřejmou součástí domácí péče a je prováděna na základě ordinace PL. Je plně v kompetenci všeobecné sestry DP. Indikační skupinou jsou klienti nezávislí, dočasně závislí a klienti s kožním defektem, dlouhodobě závislí na pomoci druhé osoby. Ošetření kožní ulcerace je klasifikováno jako ošetřovatelská péče specializovaná a cílem tohoto ošetření je bezpečné, šetrné a odborné ošetření rány. Při kterém dochází k odstranění či snížení bolesti klienta, eliminuje se riziko infekce a zajistí klientovi společenskou integraci či pomůže ke stabilizaci celkového stavu.

Při ošetření těchto ran je potřeba provést nejprve klasifikaci poškození (1.-4.stupeň), identifikaci ran (lokalizace, velikost, charakter, sekrece z rány, stav pokožky), hodnocení technik obvazů a určení typů ran (primární, sekundární).

Je nutný i správný výběr pomůcek a to dle aktuálních potřeb klienta.

Při ošetřovatelské návštěvě sestra informuje klienta o důvodu a způsobu ošetření rány. Provede instruktáž a edukaci klienta či rodinných příslušníků o jednotlivých opatřeních, které je nutné učinit. A to v úpravě životního stylu klienta, ve vybavení vlastního prostředí pomůckami pro ošetření ran, v adaptaci dietního a pitného režimu klienta ke změněnému zdravotnímu stavu apod.

Dále je v ošetřování nemocných s ulcerací nutné dbát na celkový zdravotní stav, na bezpečnostní opatření, na správné a úplné vedení dokumentace informací a dat (významným pomocníkem je pravidelná fotodokumentace) a dokonale provedené vlastní ošetření ulcerací.

2.1.1. Příjem do DP

Na základě ordinace domácí péče PL je klient přebírán do péče agenturou DP. Při pohovoru s ošetřujícím lékařem, samotným klientem a jeho blízkými vzniká řada požadavků, které jsou shrnuty a vyhodnoceny v několika dokumentech:

- Dohoda o poskytování DP (písemná forma smlouvy mezi pacientem a DP).

Zachycuje rozsah ordinované zdravotní péče, indukované domácí pomoci, či integrované komplexní domácí péče. V dohodě je též akceptováno případné přání klienta, či jeho rodinných příslušníků v oblasti péče, která přesahuje rozsah ordinace či indikace. „Zásadou je, že nikdy nevykonáváme ty výkony, které může provést klient, či jeho rodinní příslušníci a blízcí“⁴

- Žádost o poskytnutí DP a stanovení ošetřovatelského plánu- společně vypracované písemné dokumenty mezi agenturou a ošetřujícím lékařem. Oba tyto dokumenty se skládají ze šesti částí

-anamnézy-sběr informací

-diagnózy- definování problému

-analýzy-určení hlavního a dílčího cílu

-plánování a opatření spojených s DP

-aplikace- provedení DP

-kontrola- stanovení časových úseků pro porovnání a kontrolu poskytnuté DP

Po provedení všech nutných úkonů nutných pro příjem do DP dojde k rozpisu klienta do plánu služeb a tím k zahájení léčebného procesu.

2.1.2. Postup ošetřovatelské péče

Jedna z prvních zásad je dokonalé zajištění anamnézy a veškerých údajů o stavu pacienta, o chronických doprovodných onemocněních a o vyšetřeních a jejich výsledcích. Na těchto základech dochází ke kauzální léčbě, která spočívá kompenzaci všech doprovodných onemocnění.

Poté dochází k lokální léčbě, která se řídí jasnou osnovou:

Toaleta rány – odstranění zbytků mastí, povlaků a nečistot i z okolí rány (staré masti a pasty odstraňujeme olejem). Promazání širokého okolí olejem má za následek zlepšení prokrvení a prevenci vysušování kůže s následnými erozemi.

Osprchování nebo oplach rány – masáž okolí i samého defektu, odplavení nečistot ze spodiny rány.

Ošetření okolí rány zinkovou pastou.

Výběr vhodného krycího materiálu dle fáze hojení, která aktuálně ovlivňuje stav rány.

Fixace sekundárním krytím.

Ošetření ulcerací doprovází nezbytná kompresní terapie krátkotahným obinadlem.

Edukace pacienta a jeho rodiny, je mnohdy nejsložitější částí návštěvy a to vzhledem v návaznosti na věk a sociální zázemí pacienta.

Důsledná kontrola nejen stavu defektu, ale i dodržování pravidel a podmínek kladených na pacienta je provázená neustávajícím vysvětlováním a poučováním.

2.1.3. Možné ošetřovatelské diagnózy

Ulcerózní onemocnění se většinou týká starších, chronicky nemocných pacientů. Tyto stavy jsou ve velkém procentu spojeny s dalšími ošetřovatelskými diagnózami, týkající se patofyziologie stárnutí, inkontinence, ať již moče či stolice nebo hygienické péče o dlouhodobě ležící. Nemocní často trpí diabetem či arteriální hypertenzí. Souhrnně můžeme tyto klienty označit jako chronické nemocné trpící chronickými ranami.

Na základě uvedených důvodů můžeme předpokládat větší počet možných ošetřovatelských diagnóz.

Např.:

- Kožní integrita porušená
- Chronická bolest z důvodu
- Porušení příjmu potravy
- Porušená pohyblivost
- Inkontinence moči a stolice
- Imobilizační syndrom-zvýšené riziko
- Tkáňová integrita porušená
- Výživa porušená

I. PRAKTICKÁ ČÁST

3. POSOUZENÍ STAVU PACIENTA

3.1. Identifikační údaje

Pro praktickou část moji bakalářskou práci jsem si vybrala klienta, který již 40 let trpí známkami chronické žilní insuficience a 25 let ulceracemi. Tomuto muži je 76 let. Jeho onemocnění je komplikované dlouholetým diabetem, léčeným inzulinem, a léčenou hypertenzí. Jedná se o klienta plnoštíhlé postavy, nekuřáka a abstinenta. Byl dlouhodobě zaměstnán jako traktorista a převážnou část své pracovní doby strávil vsedě za volantem traktoru. Pochází z průměrného sociálního prostředí. Léčba, týkající se popisovaného onemocnění, ze strany PL byla průměrná a během let prakticky ustala na výměně používaných mastí (maximálně pětkrát do roka) a bandáži dolních končetin, která však neodpovídá zásadám kompresní terapie. Odbornému vyšetření kožním lékařem se klient podroboval minimálně. Na druhé straně však v oblasti inzulinoterapie neshledávám vážných nedostatků, pacient pravidelně dochází (resp. je dovážen sanitním vozem) na kontroly do diabetické poradny a vzhledem k současným glykemickým profilům mohu konstatovat, že se jedná o diabetika po stránce medikamentózní i dietetické plně kompenzovaného.

3.2. Výtah z lékařské dokumentace

Pacient: R. K., bytem Slavonice 19

3.2.1. Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka trpěla dlouhá léta insuficiencí dolních končetin s ulceracemi, tromboembolická příhoda ve věku 68 let, která měla za následek embolii do plic a vedla k exitu. Dále prodělávala migrenózní stavy. Otec do svých 60 let vážněji nestonal (pouze běžná infekční onemocnění), po 60. roku věku potíže v oblasti žaludku (nechutenství, bolesti v epigastriu, záněty žaludku), byl kachektické postavy. Od 70. roku věku měl problémy s prostatou. Později byl tento problém

řešený permanentním močovým katétre. Zemřel ve věku 86 let na rakovinu žaludku.

Osobní anamnéza

V dětství klient prodělal běžné dětské infekční nemoci (příušnice, spalničky). Operaci slepého střeva prodělal v 16 letech. Utrpěl traumatickou amputaci druhého prstu levé ruky a tržně zhmožděné zranění levého ramene v roce 1945 (manipulace s nalezenými zbraněmi). Problémy s dolními končetinami nastaly již po výkonu vojenské služby ve 22 letech. Varixy pozoroval okolo 30. roku života. V 44 letech poprvé bércové vředy na základě poranění levé dolní končetiny. Od té doby docházelo k recidivám. Zánětem žil a tepen dolních končetin netrpěl. Posledních 10 let věku léčen pro diabetes mellitus, v současné době na inzulínu. Léčbu hypertenze uvádí asi od 58. roku svého věku.

Farmakologická anamnéza – Ditiaden, Coxtral, Oxyphyllin, Anopyrin 400, Agapurin, Indap, Nakon mite, Humulin N 10-0-0

Alergologická anamnéza- klient uvádí alergii na Chloramphenikol, roztok Persterilu a na Lanolin (základ většiny připravovaných mastí)

Abusus látek neguje.

Nynější onemocnění

Pacient je v dlouhodobé péči praktického lékaře zaměřené je jeho polymorbiditu. Ulcerózní onemocnění, konzultace s kožní lékařkou. Během let proběhly několikrát hospitalizace na kožním oddělení v Jihlavě a v Jindřichově Hradci. Pacient nedokáže přesně říci, kdy byl hospitalizován. V posledních dvou měsících proběhlo narůstající zhoršování a prohlubování mapovité ulcerace na vnitřním kotníku levé nohy.

Stav při přijetí

Váha 78 kg, TK 140/85, počet dechů 20/ min. pacient je lucidní, orientovaný. Spolupracuje a je bez klidové dušnosti, Vzhledem k věku je špatně pohyblivý, s pomocí se pohybuje bez větších obtíží.

Hlava - poklepem nebolí, zornice izokorické, reagují správně, skléry anikterické, hrdlo klidné. Krk- lymfatické uzliny a štítníci nehmatám.

Hrudník - poklep jasný, dýchání alveolární bez vedlejších fen.,AS reg. bez šelestů.

Břicho - měkké, prohmatatelné, palpačně nebolestivé, hepar a lien 0, bez hmatné resistance.

DK - viz status localis.

Status localis:

Na vnitřním kotníku levé dolní končetiny rozsáhlý defekt mapovitého tvaru, které zaujímají většinu kotníku. Okraje pevné, rovné, spodina chabá, povleklá žlutavým detritem na všech plochách. Sekrece z defektu výrazná. Meziprstí a nehty ošetřeny GV.

3.2.2. Vyšetření

Výsledky biochemie:

01.04.07: ph 7, BilKM: 0, GlukM: 2, KetM: O, UrobM: 0, BiliM: O, KrevM: 0, EryM: 0-4, LeuM: 0-4, BiliC: 8.3, ALT: 0.28, AST: 0.29, GMT: 0.31, ALP: 2.03, K: 4.01, Na: 136.7, Cl: 99.4, Gluk: 9.03, Kreat: 125.1, KM: 323, Urea: 6.87, Glu0: 11.4, Glu11: 18.7, Glu17: 10

17.04.07: Glu11: 10.9, Glu17: 6.41

27.04.07: Glu0: 6.95, Glu11:11.1, Glu17: 4.65

Výsledky hematologie:

01.04.07: WBC: 12; RBC: 3,58; HGB: 101; HTC: 0,308; PLT: 375; MCV: 86,1; MCH 28,2; MCHC: 32,7; RDW: 13,6; MPV:8; NEU: 78,4; LY: 12,3; MO: 7,5; EO: 1,8; BASO: 0

Kultivační vyšetření (výtěr z rány)

- Streptococcus beta- haemol. skup.G.
- Pseudomonas aeruginosa
- Citrobacter braakii
- Providentia stuartii
- Morganella morgani
- Providencia stuartii
- Proteus mirabilis

Anaerobní kultivace negativní

3.2.3. Závěr při příjmu

Pacient přijat do péče s rozsáhlou secernující ulcerací na vnitřním kotníku pravé DK. Spodina je silně povleklá. Vzhledem k zjištění alergie na lanolin je nutná změna lokální léčby ulcerace. Jako vhodnou léčbu vidím zavedení vlhké terapie.

Klient má nově upravené dávky inzulínu dle aktuálních hodnot glykémie z poslední návštěvy diabetické poradny.

Diagnostický lékařský souhrn:

- I830 Ulcerace cruris venosum
- E105 Diabetes mellitus, inzulínoterapie
- I10.0 Hypertenze

3.3. Terapie

3.3.1. Chirurgická léčba

Vzhledem k věku pacienta a rozsahu defektu nepokládám chirurgické řešení tohoto zdravotního problému za vhodné.

3.3.2. Konzervativní léčba

Konzervativní léčba je v tomto případě nejvhodnější druh léčby a vzhledem k alergii pacienta na lanolin, kdy není možné použít běžně používané masti, je vhodná vlhká terapie.

Léčbu hojení vlhkou terapií zahájíme čistící fází (exudativní = zánětlivá fáze). Trvá tím déle, čím déle vřed existuje.

Dilatací cév a zvýšením permeability kapilár dochází k zesílené exsudaci krevní plazmy do intersticia. Tím se podporuje migrace leukocytů, především granulocytů a makrofágů do oblasti rány. Zánětlivá reakce představuje obrannou reakci organismu na působení nejrůznějších mechanismů bakteriálního původu. Je nutné vždy vytvořit vlhké prostředí a mikroklima pro urychlení pohybu buněk, udržet stabilní teplotní prostředí (při každém převazu klesá teplota v ráně na 28°C, což má za následek stagnaci procesu hojení na několik hodin).

Pro vřed s mazlavým povlakem na spodině je vhodná mokrá terapie pomocí Tender Wet. Jeho vysoká účinnost je dána využitím principu kontinuálního vyplachování rány.

Farmakoterapie

Dithiaden

Bisulepinum hydrochloridum 2,25 mg (Bisulepinum 2 mg) v 1 tabletě. Další látky obsažené v léku: Laktóza, kukuřičný škrob, želatina, stearan vápenatý, mastek, glycerol. Indikační skupina: Antihistaminikum.

Charakteristika:

Dithiaden blokuje působení histaminu, jednoho způsobů, který se v organismu uvolňuje při reakci z přecitlivělosti (alergie). Dithiaden se používá ke zmírnění obtíží při projevech přecitlivělosti, při alergické rýmě a zánětu spojivek, při senné rýmě, při akutních alergických stavech a alergických reakcích (po bodnutí hmyzem, po podání léků, po potravinách apod.), dále při kožních alergických onemocněních (kopřivka a vyrážky). Dithiaden mohou užívat dospělí i děti. Nepoužívá se při přecitlivělosti na některou složku přípravku, při dlouhodobém záchvatu astmatu a tam, kde je na závadu ospalost. Nežádoucí účinky: Během léčby se mohou vyskytnout zvláště u starších osob a u dětí nežádoucí účinky, z nichž nejčastější je snížená pozornost, ospalost, únava, dále sucho v ústech, popřípadě i s obtížemi při polykání, žízeň, zácpa.

Coxtral

Nimesulidum 100 mg v 1 tabletě. Další látky obsažené v léku: Monohydrát laktózy, granulovaná mikrokrytalická celulóza, sodná sůl karboxymethylškrobu, hyprolóza, sodná sůl dokusátu, magnesium-stearát.

Charakteristika:

Coxtral je léčivý přípravek s protizánětlivými účinky a s účinky proti bolesti. Od jiných nesteroidních antirevmatik se liší svou chemickou strukturou. je určen k léčbě náhle vzniklé bolesti, bolestivé artrózy (degenerativní onemocnění kloubů, např. kolenních nebo kyčelních); Přípravek mohou užívat dospělí, mladiství a děti od 12-ti let. Neužívejte přípravek Coxtral - jestliže jste alergický/á na nimesulid nebo na kteroukoli další složku - jestliže jste alergický/á na acetylsalicylovou kyselinu nebo na jiná nesteroidní antiflogistika (léky proti bolesti a zánětu); - jestliže u Vás v minulosti došlo v průběhu léčby nimesulidem k poškození jater; - jestliže trpíte vředem žaludku nebo dvanáctníku, krvácením do trávicího traktu, krvácením do mozku, nebo jiným krvácením, těžkým poškozením ledvin a jater, těžkou poruchou krevní srážlivosti, srdečním selháním.

Oxyphyllin

Jedna tableta Oxyphyllin obsahuje 100 mg etofylinu (etofyllinum). Další látky obsažené v léku: Monohydrát laktózy, bramborový škrob, kukuřičný škrob, mastek, stearan vápenatý, formaldehyd-kasein.

Charakteristika:

Oxyphyllin je léčivo, které rozšiřuje některé cévy, rozšiřuje průdušky a zvyšuje vylučování moči. Tablety Oxyphyllin se užívají na předpis lékaře jako pomocné léčivo při některých poruchách prokrvení mozku, např. po cévních mozkových příhodách nebo při mozkové ateroskleróze (kornatění tepen).

Tablety Oxyphyllin mohou na předpis lékaře užívat také někteří nemocní (zejména ve vyšším a pokročilém věku), kteří trpí najednou několika různými onemocněními, při kterých se podle názoru lékaře mohou příznivě uplatnit mírné účinky tablet Oxyphyllin spočívající v rozšíření průdušek, v rozšíření cév okrajových částí těla a srdečních věnčitých tepen, a ve zvýšeném vylučování moči. Tablety Oxyphyllin nesmíte užívat při: - známé přecitlivělosti na léčivou látku etofylin nebo na kteroukoli z pomocných látek obsažených v tabletách Oxyphyllin. Při čerstvém srdečním infarktu, akutních tachykardických, arytmiích (poruchách srdečního rytmu se zrychleným tepem), při hypotenzii, při těžké jaterní insuficienci a akutní epilepsii (křečových stavech).

Anopyrin 400

Acidum acetylsalicylicum 400 mg v 1 tabletě. Další látky obsažené v léku: Kukuřičný škrob, mastek, glycin, uhličitan vápenatý. Indikační skupina Analgetikum, antipyretikum.

Charakteristika:

Přípravek s obsahem kyseliny acetylsalicylové ve formě pufrovaných tablet účinně tlumí bolesti a efektivně snižuje teplotu, ve vyšších dávkách má protizánětlivé účinky. Použití tzv. pufrovaných tablet mírní výskyt nežádoucích účinků na zažívací ústrojí. Přípravek se užívá při horečce a bolesti zejména při akutních chřipkových onemocněních. Dále při bolestech hlavy, kloubů, zubů, nervů a bolestech páteře různého původu.

Agapurin

Pentoxifyllinum 400 mg v 1 tabletě s řízeným uvolňováním. Další látky obsažené v léku: Methakrylátový kopolymer typ RS PO, granulovaný methakrylátový kopolymer typ RS, granulovaný methakrylátový kopolymer typ RL, povidon 25, mastek, stearan vápenatý; magnesium-stearát, makrogol 6000.

Charakteristika

Co je přípravek Agapurin retard a k čemu se používá? Pentoxifyllin je látka ze skupiny xantinových derivátů; zlepšuje průtok krve cévním řečištěm tím, že zvětšuje pružnost červených krvinek, potlačuje shlukování krevních destiček a snižuje viskozitu krve. Takto zlepšuje krevní oběh a vyživování tkání v místech zhoršeného průtoku. Přípravek se užívá u dospělých při poruchách prokrvení periferních tkání vyvolaných zhoršením průtoku periferními tepnami, při poškození tkání z nedostatečné výživy (např. bércové vředy), při poruchách prokrvení mozku (mozková arterioskleróza, stavy po cévních mozkových příhodách), dále při poruchách cévního zásobování oka a vnitřního ucha. Přípravek je určen k léčbě dospělých pacientů.

Indap

Indapamidum 2,50 mg v 1 tobolece. Další látky obsažené v léku: Mikrokrystalická celulóza, monohydrát laktózy, kukuřičný škrob, magnesium-stearát, koloidní bezvodý oxid křemičitý, želatina, indigokarmín, oxid titaničitý. Indikační skupina: Antihypertenzivum, diuretikum.

Charakteristika

Indap je močopudný přípravek, u nějž však zcela převažuje účinek na krevní oběh. Způsobuje rozšíření cév a tím snížení jejich odporu vůči proudění krve, v důsledku čehož klesá krevní tlak. Močopudný účinek se projeví teprve po podání vyšších dávek. Přípravek se dobře vstřebává ve střevě. Vylučuje se převážně ledvinami, v menší míře také stolicí. Indap se užívá k léčbě vysokého krevního tlaku u dospělých pacientů.

Dietoterapie

- hodnocení stavu výživy

- sacharidy- denní spotřeba 170-400 g glukózy na 70 kg tělesné hmotnosti za 24 hodin
- lipidy- denní potřeba 0,7-1,5 g na 1 kg hmotnosti za 24 hodin
- minerály- dle aktuální bilance příjem/výdej

Stravu je nutno vždy přizpůsobit onemocnění a stáří klienta. Výživa senilního klienta s ulcerací musí splňovat následující požadavky:

- přizpůsobit složení stravy změněným nárokům na přísun energie a živin (dbát na dostatečné množství bílkovin)
- přizpůsobit stravu změněným anatomickým a funkčním změnám
- ovlivnit degenerativní pochody

ZÁSADY:

- udržovat vyváženou dietu obsahující přirozené zdroje vlákniny a vitamínů (celozrnné výrobky, ovoce, zelenina)
- složení potravy přizpůsobit možnostem (snadno zpracovatelná menší sousta)
- zavést pitný režim, dbát, aby denní příjem tekutin činil alespoň 2 litry
- všímat si dehydratace
- zajistit příjemné prostředí pro jídlo, stolovat společně
- zajistit vhodné ošetření nebo náhradu chrupu
- do denního programu zařadit pravidelnou, možnostem a schopnostem přiměřenou fyzickou aktivitu
- nepodceňovat trávicí obtíže, snažit se objasnit jejich příčinu
- nezvládnutelné potíže se stravováním konzultovat s odborníkem na výživu
-

Pohybový režim

Pohybový režim je pro mého klienta velmi důležitý a to jak pro samotnou léčbu defektu, tak pro prevenci prohlubování již získaných onemocnění. Při pohybovém režimu klient zcela nebere ohledy na svoji celkovou mobilitu. Ze získaných informací je jasné, že tento klient nepřizpůsobuje svůj pohybový režim své fyzické síle a ne vždy se vyhýbá aktivitám, které vyžadují plnou stabilitu, tímto tedy neeliminuje nebezpečí pádu. Pro zhoršený stav kloubního systému klient při svých rozcvičkách dobře volí cviky, které nevedou k velké zátěži tohoto aparátu (cviky vsedě, na židli nebo vleže). Nedostatečně a nesprávně však doplňuje pohybový režim o elevaci končetin.

Klient udává, že pravidelně chodí na kratší procházky. Zda při nich delší dobu postává na místě si neuvědomuje.

Psychoterapie

Psychoterapie u klienta ještě nebyla zavedená, Klient ale projevuje známky beznaděje (za zoufalství jeho stav nelze považovat). Důvodem je již dlouho trvající vřed na dolní končetině, který je již léta léčen klasickým způsobem a již léta nedošlo k jeho uzavření. Klient ztrácí trpělivost a planě se utěšuje ústní lidovou slovesností: “Když se vředy uzavrou, tak člověk zemře!“ Ve skutečnosti si však přeje zacelení defektu, zbavení se bolesti, převazů, zápachu a všech okolností, které jej byť jen částečně, vyřazují ze společenského života.

Společné soužití klienta se svoji manželkou se jeví jako harmonické. Manželka mu pomáhá uspokojovat základní potřeby. Klient nestrádá ani co se týká vztahu ke svým dětem. Denně je přítomen aspoň jeden z nich. Rodina je ochotná klientovi pomoci i finančně při vlhké léčbě, která bude vzhledem k rozsahu defektu náročnější.

Dle vyjádření rodiny klient vedl poklidný a spořádaný život, což se nyní projevuje i v průběhu jeho stáří.

3.3.3. Fyzikální vyšetření sestrou

Při fyzikálním vyšetření klienta jsem hodnotila jeho celkový vzhled, fyziologické funkce, hmotnost, výšku, mobilitu a riziko pádu. Vzhledem k tématu práce jsem stav kůže hodnotila zvláště na posledním místě.

Celkový vzhled klienta je vzhledem ke stáří klienta překvapivý, stále je patrné, že se jedná o muže s postavou atletickou, i když již poznamenanou skoliózou páteře a opotřebením kloubního aparátu. Klient na sebe dbá i ze strany hygieny, udržuje se v čistotě. Je patrná i disciplína ze strany manželky, která na svého muže dbá (pozn. je o 13let mladší).

Puls 60 úderů za minutu, je slabší intenzity, pravidelný.

Krevní tlak 120/85 bez zachycení arytmií, ale vzhledem k věku klienta má charakter spíše hypotenze. Měřeno 3 hodiny po požití léků.

Dýchání 20 dechů za minutu, místy již podbarvený příděchem, stále převládá sklípkové dýchání.

Tělesná teplota se pohybuje v rozmezí 35,6 – 36,8 °C. Klient působí chladným dojmem.

Hmotnost 88kg není projevem velké obezity, ale odpovídá mohutnému kosternímu základu.

Výška je 178cm. V produktivním věku dosahovala výška klienta 183 cm. Snížení způsobuje skolióza páteře.

Chybějící části těla. Při manipulaci s výbušninou v roce 1945 pacient utrpěl tržnou ránu na pravé ruce horní končetiny a chybí mu III. prst na pravé ruce, amputován byl v třetím článku prstu.

Chůzi má klient částečně zhoršenou. V bytě a po rovném povrchu se pohybuje bez hole. Na nerovném povrchu a při námraze používá francouzskou hůl. Nutné občasné přestávky.

Riziko pádu je na střední hranici. Důležitým faktorem je věk klienta. Na možnost pádu mají vliv i léky, které klient používá (Dithiaden).

Nepřehlédnutelným faktorem a příčinou pádu může být i zrakové postižení.

Kůži má klient bledší barvy, horní končetiny jsou silně pigmentované až do výšky ramen, na pravém rameni má klient velkou koloidní jizvu po zranění, které již bylo uvedeno. Velikost této jizvy je cca 15x20cm. Jizva nebolí, nesvědí. Na obou loktech a kolenou jsou ekzémové šupinky, okolí postižených míst je slabě naružovělé. Na zádech je kůže velmi suchá a občas svědí.

Na levém vnitřním kotníku se nachází ulcerace nepravidelného tvaru s ostře ohraničenými okraji o horizontálním průměru 15cm, vertikálním průměru 10 cm.

Defekt prograduje již 10 let a poslední 3 roky vřed permanentně otevřený, nehojící se, zasahuje až do svalové tkáně. Velikost ulcerace je na výšku 27cm na hloubky měří 2cm a na šířku 15cm. Spodina ulcerace je povleklá žlutavým exudátem, silně secernující a slabě páchnoucí. Okolí je narušené s trofickými změnami a ekzémem.

3.4. Posouzení stavu potřeb klienta

3.4.1. Vnímání zdraví

Klient si potřebu plného zdraví uvědomuje již od svých 40 let. Do té doby tuto potřebu řešil jenom ve dnech krátkodobé nemoci (nachlazení, úrazy, lokální bolesti). S přibývajícím věkem a s porušením celistvosti svého zdraví se začal zajímat o léčbu svých onemocnění. Navštěvoval svého ošetřujícího lékaře, cvičením a tělesnou aktivitou podporoval prevenci vzniku, či prohloubení nemocí

Nejzávažnějším problémem se stala právě insuficience dolních končetin a vznik varixů. Snažil se předcházet zhoršení této nemoci a podrobil se navržené konzervativní léčbě (kompresivní léčba). K operačnímu odstranění varixů se však nikdy neodhodlal.

Po onemocnění diabetem se též dobře podrobil léčebnému diabetickému režimu, sbíral informace o této nemoci. Bohužel však přes veškerou snahu

nezabránil komplikaci obou dvou chronických onemocnění. Prohloubení ulcerace dolních končetin se mu nevyhnulo. Po této zkušenosti klient již léčebné opatření neakceptuje již v dostatečné míře a vzhledem k rodinným problémům nevěnuje tomuto patřičnou péči. Došlo tedy k infikaci a progresi onemocnění. Patřičnou pozornost své tělesné schránce věnuje opět až v posledním roce.

V současné době klient považuje svůj stav za částečně dobrý, podporuje jej ranními rozcvičkami a pravidelnými procházkami. Rád by dosáhl zhojení ulcerace, které je právě podmíněno přísnou kompenzací diabetu a právě proto velmi důsledně dodržuje léčebný diabetický režim. Edukace správného dodržování léčebného režimu je prováděna každé 2 měsíce v diabetické poradně, do které pacient pravidelně dochází.

Za poslední rok klient neutrpěl žádný úraz a kromě dekompenzace ulcerace, infekce rány, došlo k infekčnímu onemocnění streptokokového původu, k erysipelu. Od silného a bolestivého průběhu nemoci, klient udává důsledné dodržování všech doporučení lékařů. Přesto mě rodina informovala o občasných pokusech vlastní léčby jak bolesti, tak i léčbě ulcerace. Je nakloněn ke všem informacím týkajícím se jeho onemocnění

Ošetrovatelský problém vidím ve vůli dodržovat dlouhodobě léčebný režim a léčebné omezení

3.4.2. Výživa, metabolismus

Na první pohled je viděn kladný vztah klienta k přijímání potravy. Důležitá je však otázka, jestli pacient dodržuje dietetická opatření. Právě v této otázce nám mohou pomoci výsledky šetření.

Příjem stravy bude pravděpodobně stabilní, jelikož za poslední rok nedošlo k většímu výkyvu ve hmotnosti. Klient netrpí nechutenstvím, převažuje chuť k jídlu. Dobrý stav výživy nám signalizuje i mírná nadváha. Jeho základní onemocnění neporušují příjem stravy, všechna potrava je přijímána per os, má pouze zbytky chrupu, a protone může přijímat potravu v normální formě. Polykání není komplikované. Klient netrpí nauzeou, pálením žáhy ani jinými příznaky onemocnění trávicího aparátu. Strava je přijímána pravidelně, 6x denně. První

příjem potravy je do 30 minut po aplikaci insulinu okolo 7:30, poslední po 21.00 hodin. Potrava je přijímána v potřebném dietetickém omezení a v potřebné gramáži. V případě přídatku stravy požívá zeleninu.

Příjem tekutin za 24 hodin je nedostatečný (1,5litru za 24hodin), klient však tvrdí, že nemá pocit žízně a že již není schopen vypít více. K dispozici má neomezené množství tekutin. Neudává pocit sucha ani defekty v ústech. Kožní turgor je snížený, sliznice jsou bledé. V případě popisu stavu klientovi kštice jsem objevila, že trpí částečnou alopecií, tento stav je již dlouhá léta beze změn. Při vyšetření stavu nehtů jsem objevila pod nehty palců obou dolních končetin mykotické onemocnění, které narušuje tvar a tvrdost nehtů.

Ošetrovatelské problémy vidím v nedostatečném příjmu tekutin, v neúplné funkci chrupu a v léčbě mykotického onemocnění nehtů.

3.4.3. Vylučování

Při posouzení vylučování moče, stolice a potu jsem nezjistila v anamnéze žádný vážný problém. Vylučování moče probíhá dle tvrzení klienta bez problémů. Neguje inkontinenci i prostatické problémy, které jsou často v tomto věku již přítomny. Klient je schopen dojít sám na toaletu i se sám vymočit. Močí však s námahou, v menších porcích.

Vyprazdňování tlustého střeva zvládá pacient též sám na toaletě. Stolice je pravidelná, občas uvádí průjem, průjmová frekvence je asi 2x za měsíc. Barva stolice bývá hnědá a pacient je schopen tuto stolici svěrači udržet.

Defekace probíhá návykově každé ráno po snídani s novinami v ruce.

V případě zácpy, která se objevuje pacient používá změkčovač stolice.

Hemeroidy netrpí a ani neudává jiné obtíže během vyprazdňování.

Ošetrovatelský problém v této části vidím v potvrzení skutečností udávaných klientem, neboť jsem měla pocit, že údaje z důvodu studu nejsou zcela pravdivé. Další ošetrovatelský problém je v nedostatečné hygieně po použití toalety.

3.4.4. Aktivita, cvičení

Při cvičení a pohybových aktivitách klient zcela nebere ohledy na svoje pohybové omezení. Ze získaných informací je jasné, že tento klient nepřizpůsobuje svůj pohybový režim své fyzické síle, který často přeceňuje (skládání sena na půdu, prohazování sněhu a nošení těžkých břemen). Ne vždy se vyhýbá aktivitám, které vyžadují plnou stabilitu. Klient udává každodenní krátké procházky s časovou náročností 30 až 45 minut, některé dny i opakovaně. Z kompenzačních pomůcek používá při pohybu v terénu hůl.

K vykonávání základních životních potřeb potřebuje pacient minimální pomoc při celkové koupeli (zajistí dcera). Umí se sám obléci, najít se, dojít si na toaletu, upravit své lůžko a provádět běžnou hygienu u umyvadla.

Jako ošetrovatelský problém zde vidím nedostatečnou aktivitu napomáhající cévnímu zásobení dolních končetin. V této oblasti je nezbytná edukace.

3.4.5. Spánek, odpočinek

Před své polymorbiditě klient hodně spal, usínal vždy bez problémů a to do pěti minut po ulehnutí. V současné době klient spí přes noc 6 až 7 hodin, 2x se probouzí z důvodu bolesti, či nepříjemného pocitu dolních končetin. Stávající stav pacient řeší analgetiky (užívá Coxtral – jednu tabletu per os) Často po uložení do úlevové polohy potíže odezní a pacient znovu usíná. Léky na nespavost neužívá, určitou roli však v této oblasti může sehrát Dithiaden, který pacient užívá ve večerní dávce a který svým vedlejším účinkem tlumí organismus.

Spánek si dopřává i přes den. Spí pravidelně po obědě 2,5 až 3 hodiny a to bez přerušení.

V případě nepřítomnosti bolesti DK se pacient cítí ráno zcela odpočatý a vzhledem k tomu, že bydlí na odlehlém místě, neudává ani žádné rušivé faktory.

Již zmíněná noční bolest se jeví jako chronická, zaviněná klidovou polohou, neaktivní svalovou činností, tudíž můžeme říci, že tuto bolest navozuje právě insuficience dolních končetin.

Ošetrovatelský problém v této části nevidím v samotném spánku ale v problémech s insuficiencí dolních končetin, tento problém není pravidelný, záleží na výši pohybové aktivity klienta v předešlý den.

3.4.6. Vnímání, smysly

Při sběru anamnestických údajů klient nahlásil, že již 3x během svého života mě zastřené vnímání a to vždy při komoci a kontuzi mozku na základě úrazu. Současné smyslové vnímání je poškozeno očními komplikacemi diabetu a pouřazového stavu poranění čočky při úrazu trhavinou. Tento problém je kompenzován nošením brýlí. Částečně omezená funkce sluchu je důsledek stáří a porucha se týká levého ušního boltce, omezení není zásadní, a proto klient nepovažuje za důležité, stávající stav řešit například sluchadlem. Čich a chuť fungují pacientovi dobře.

Současný stav celkového vnímání a smyslového vnímání odpovídá věku klienta. Poškození není tak vážné, aby negativně ovlivnilo hlavní ošetrovatelský problém, a proto ho v současné době klasifikuji jako problém sekundární či terciární.

3.4.7. Sebepojetí

Na otázku týkající se sebepojetí klient reaguje neverbálně a to, šibalským úsměvem. Tento úsměv mi prozrazuje dobrou náladu a dobrý emocionální stav. Sám sebe hodnotí pozitivně, nepřiznává změnu nálad či jiné emocionální problémy. Nervozitu projevuje pouze při dlouhotrvajících bolestech dolních končetin. Nepropadá však stavům zlosti, vzteku ani depresím. Naopak velmi kladně reaguje při úlevě.

Považuje se za člověka průměrně šikovného, ale uvádí, že za mlada bylo vše mnohokrát lepší a s úsměvem udává, že po své mladé krvi nepřestane nikdy toužit. Dle údajů manželky není vše v jeho sebepojetí tak růžové a s přibývajícím

léty přibývá i nervozita a záporné emocionální projevy, tyto projevy však nejsou časté.

Svoji současnou situaci prožívá s nadšením vzhledem k dané naději na zhojení defektů. Klient je odhodlán se zcela podřídit potřebám léčby.

Ošetrovatelský problém pravděpodobně nastane v případě, že nově navržená vlhká terapie nedosáhne očekávaného výsledku.

3.4.8. Role, mezilidské vztahy

I přes vyšší věk popisovaného klienta můžeme říci, že žije v plně funkční rodině. Společnou domácnost sdílí s manželkou, se kterou strávil přes 50 let společného života. Ucházející manželský vztah si zachovali i v pozdějším věku. Vedle společenské role manžela zajišťuje klient dostatečně i roli tatínka dospělých dětí, dědečka sedmi vnoučatům a souseda několika dalším obyvatelům obce. I když klient není již desítky let zaměstnán a společnost navštěvuje jenom minimálně, je s rozsahem svých rolí a mezilidskými vztahy spokojen. Svůj stav vyjadřuje slovy: „Nedělní popovídání se sousedy v hospůdce pomůže, více než si myslíte“.

Vzhledem k zajištěné existenci svých dětí, dostatečné výše důchodu a opravené chaloupce nemá pocit nejistoty ani tíhu zodpovědnosti. A jak sám uvádí: „Na pohřeb našetřeno mám“, netrpí ani pocitem nejistoty.

Na základě vyzrálé a vyrovnané osobnosti necítím ani v této oblasti žádný ošetrovatelský problém. Případný sociální a pečovatelský problém zajistí funkční rodina.

3.4.9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Po celý život byl klient heterosexuál, prožil hodnotné manželství s pravděpodobným uspokojováním svých sexuálních potřeb. Z tohoto svazku vzešli tři děti. O současné sexuální stránce se odmítl vyjadřovat.

Stres, zátěžové situace

Z anamnézy klienta se dozvídám o nelehkém životním období provázeném stresovými stavy, a to v době vážného onemocnění své dcery, o kterém i po létech mluví se slzami v očích. Za těžkou životní situací, kterou prodělal, v posledních deseti letech považuje i úraz a několika měsíční hospitalizaci manželky, kdy poprvé v důchodovém věku byl odkázán na osamocení pobyt ve svém domečku. Těžkou situací s odstupem času spatřuje ne v množství fyzické práce, kterou musel zvládnout sám, ale v nejistotě a odloučení od manželky. V této situaci, jak sám tvrdí, mu velmi pomohla víra a podpora ze strany svých dětí a sousedů. Velice si chválí, že alespoň na vesnici se udržují dobré sousedské vztahy. Na druhé straně se s trochou ješitnosti chlubí, jak tuto situaci dokázal zvládnout.

V posledních třech měsících, ke konci hospitalizace na kožním oddělení začal pacient propadat beznaději. Hospitalizace nesplnila jeho očekávání. Vřed se při ní nezhojil.

V současné době bude pro něho zajisté zátěžovou situací i změna dosavadní léčby jeho největšího problému. Tak jako každý člověk jeho věku i on za největší stresové a zátěžové situace považuje stavy, kdy je ohroženo jeho zdraví či zdraví jeho blízkých.

Jako ošetrovatelský problém vidím beznaděj, která má příčinu v nehojícím se ulcerózním onemocnění.

3.4.10. Víra, životní hodnoty

Již od svých tří neděl je klient členem římskokatolické církve. V tomto duchu byl vychováván. Celý svůj život je věřícím člověkem. Věří, že jeho osud je řízen a že vše špatné je k něčemu dobré. Jeho životní postoj se projevuje i ve vnímání životních hodnot. Pravidelně se zúčastňuje bohoslužeb a přijímá omezení, které vychází z jeho duchovního života. Těmto omezením se i podrobuje. Příslušnost k římskokatolické církvi jej však neomezuje v jídle, v oblékání, v příjmu transfúze ani v jiném léčebném postupu, který se týká jeho onemocnění.

Za nejdůležitější životní hodnotu však považuje ne víru, ale uchování si svého zdraví a zdraví svých bližních. Jedná se tedy o rozumného starce, nikoliv o zfanatizovaného člověka. Vzhledem k tomu, že klient v domácí péči se nachází ve svém přirozeném prostředí, v kruhu svých bližních, tak případné problémy tohoto zaměření zvládne rodina sama.

4. Ošetrovatelské péče

4.1. Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet, seřazeno dle priority)

Kožní integrita porušená

Chronická bolest

Beznaděj

4.2. Plán ošetrovatelské péče

4.2.1. Kožní integrita porušená

Definice: Porušení epidermis a dermis

Související stavy a faktory:

- Zevní - vlhkost, mokro, porušený stav tekutin, vysoký věk
- Vnitřní - poruchy výživy, metabolický stav, poruchy kožního napětí, edém

Charakteristické příznaky:

- Subjektivní - svědění, bolest, necitlivost v postižené oblasti
- Objektivní - porušení kožního povrchu, destrukce vrstev kůže, narušení tělesných struktur

Cíle ošetrovatelské péče:

- Cíl krátkodobý- slovní podpora klienta, zvýšení sebeúcty a ujištění o schopnosti zvládnout situaci, zavedení léčebného procesu, účast na preventivním opatření
- Cíl dlouhodobý - zhojení kožní léze bez komplikací, prevence znovu vzplanutí onemocnění

Výsledná kritéria

Neporušená integrita kůže, zavedení léčebného režimu, informovanost pacienta, dostatečná aktivita pacienta. nepřítomnost negativních faktorů, obnovená mobilita.

Ošetrovatelská intervence

Seznámení s průběhem a frekvencí ošetrovatelských intervencí, sledování celkového stavu kůže na dolních končetinách, určení dopadu stavu, zjištění průběhu dosavadního léčebného režimu pacienta, pomoc klientovi zbavit se problému nebo aspoň je omezit a dosáhnout co nejlepšího zhojení.

Realizace

Všechny uvedené úkony budou realizovány v průběhu první návštěvy sestry u pacienta, která je klasifikována jako ošetrovatelská intervence třetího typu s časovým rozsahem do jedné hodiny a provede jí jedna sestra.

Vyhodnocení

Během 4 dnů plnění ošetrovatelské plánu došlo pouze k fázi léčby vlhkou terapií. Předpokládám, že zánik této ošetrovatelské diagnózy nastane nejdříve za 10 týdnů. Je nutné po celou dobu poskytovat klientovi kvalitní ošetrovatelskou péči a pravidelně stav konzultovat s odborníkem.

4.2.2. Bolest chronická

Definice:

Nepříjemný smyslový a emoční prožitek způsobený skutečným poškozením tkání. Nástup je pomalý. Intenzita od mírné po závažnou. Výskyt konstantní nebo recidivující, nelze předpokládat nebo předvídat odeznění, trvání bolesti přesahuje 6 měsíců. Bolest je signálem poruchy. Chronická bolest může mít recidivující průběh a periodicky zneschopňovat pacienta. Primárním momentem zhoršení bývají psychologické faktory.

Související stavy a faktory: chronické fyzické postižení.

Charakteristické příznaky:

- Subjektivní - strach z opakovaného poškození, porušená schopnost pokračovat v dřívějších činnostech, změněná chuť k jídlu, zaujetí bolestí, zoufalé hledání způsobu léčby umožňující dosáhnout úlevy
- Objektivní - pozorováním zjištěné: Ochranné chování, výraz bolesti v obličeji, podrážděnost, zaměření na vlastní problém, neklid, deprese, omezené interakce s lidmi

Cíle ošetrovatelské péče:

- Cíl krátkodobý - okamžitá úleva od bolesti – neverbální doklady úlevy, dosažení pohody
- Cíl dlouhodobý- odstranění příčiny bolesti

Výsledná kritéria - psychická úleva, navození dobré nálady, nepřerušovaný spánek, zlepšení chuti k jídlu, odstranění výrazu ve tváři, bezbolestný pohyb

Ošetrovatelská intervence:

Posouzení etiologie, vyvolávajících a přidružených faktorů, zjištění odpovědi pacienta na chronickou bolest, pomoc ve zvládnutí bolesti

Všechny uvedené úkony budou realizovány v průběhu první návštěvy sestry u pacienta. Tato návštěva je klasifikována jako ošetrovatelská intervence třetího typu s časovým rozsahem do jedné hodiny. Provede jí jedna sestra.

Vyhodnocení

Jelikož se jedná o chronickou bolest vystupující z rány, podařilo se snadno a v krátkém časovém intervalu dosáhnout krátkodobého cíle. Dosažení dlouhodobého cíle nebude pravděpodobně jednoduché. Dle mé zkušenosti se jen výjimečně podaří u tohoto onemocnění odstranit bolest zcela.

4.2.3. Beznaděj

Definice: Subjektivní hodnocení situace, kdy jedinec vidí jen omezené nebo žádné alternativy či přijatelné způsoby řešení a není schopen ve vlastním zájmu mobilizovat energii. Neúčastní se péče, jen jí pasivně přijímá.

Související stavy a faktory:

Dlouhodobé omezení aktivity uvrhující pacienta do částečné izolace, zhoršení fyzického stavu, dlouhodobý stres.

Charakteristické příznaky:

- Subjektivní - slovní narážky (malomyslnost, povzdechy), přesvědčení, že se věci nezmění
- Objektivní - pasivita, málomluvnost, chudý citový doprovod chování, chybějící iniciativa, snížená odpověď na podněty, odvracení se od mluvícího člověka

Cíle ošetrovatelské péče:

- Cíl krátkodobý - rozpoznat a vyjádřit pocity
- Cíl dlouhodobý - najít a osvojit si cestu jak čelit pocitům beznaděje, zapojit se a získat kontrolu nad péčí o vlastní osobu a běžnými každodenními činnostmi

Výsledná kritéria:

Psychická úleva, navození dobré nálady, nepřerušovaný spánek, zlepšení chuti k jídlu, zlepšení komunikace, aktivní přístup k životu, rozhodnost, radost ze života, zlepšená spolupráce, částečné zvládnutí problémů, odstranění denního snění.

Ošetrovatelská intervence:

Zjištění příčin a přispívajících faktorů, posouzení hloubky beznaděje, navození uvědomění si svých pocitů, snaha k řešení problémů, poučení k posílení zdraví.

Realizace:

Jelikož tato ošetřovatelská diagnóza je velmi citlivá a je nutné, aby intervence probíhala v dostatečně dlouhém časovém úseku, a byla tedy této diagnóze věnována samostatná ošetřovatelská návštěva a to druhý den po převzetí do péče. V následujících dnech pak byla součástí základní intervence.

Vyhodnocení:

Klientovi byla poskytnutá pozitivní zpětná vazba směřována ke zvládnutí a překonání pocitu beznaděje a tímto částečně došlo k podpoření žádoucího chování. Klient si náznakově uvědomuje stavy vyvolávající pocit beznaděje. Výraznou změnu stavu očekávám až po zlepšení stavu základního onemocnění.

4.2.4. Konkrétní plán ošetřovatelské péče

Plán ošetřovatelské péče jsem vypracovala na dobu od 28. října (den přijetí klienta do domácí péče) do 31. října. Plán je vypracován v modelu V. Hendersenová.

5. Edukace klienta

5.1. Edukační list

Naši pacienti jsou poučováni o způsobu ošetření rány v domácím prostředí, nutností bandážování končetin a dalších režimových opatření. Sestra klienta poučí o nutnosti péče o nohy - pedikúře, - výběru vhodného obutí, s ohledem na ochranu před zraněním DK, - zprostředkuje kontakt na protetické služby. Sestra dále musí věnovat zvýšenou pozornost výživě klienta - diabetika, neboť optimální hladina glykémie je nezbytným předpokladem hojení. Vhodné je provést i orientační nutriční screening, kdy se zaměřuje především na množství bílkovin přijímaných stravou. Při nedostatku doporučuje vhodné upravení potravy spolu s recepty na přípravu stravy.

Edukační záznam - realizace

Slouží pro sběr a sepsání základních informací k edukační anamnéze. Napomáhá k rychlé orientaci při tvorbě edukačního plánu.

5.2. Edukační plán

5.2.1. Cíl edukačního plánu

Cílem edukačního plánu je osvojení si zásad léčebného režimu a praktický nácvik pohybové rehabilitace dolních končetin. Dosažení cíle spolupráce s klientem je trvalé zařazení rehabilitace do denního programu.

5.2.2. Význam

Význam rehabilitace je v zapojení svalové pumpy dolních končetin do žilního návratu a zlepšení prokrvení končetin. Pomáhá v prevenci i léčbě žilní insuficience.

5.2.3. Technika

Základní technika je vhodná i pro částečně imobilního klienta .Je uvedena v příloze.

5.2.4. Kontrolní otázky pro sestru

Kontrolní otázky:	Odpovědi:
1. Co je elevace dolních končetin?	V poloze vleže na břiše uložení nohou na vyvýšené místo.
2. Uveď dva cviky dolních končetin, které cvičí klient vsedě?	Vsedě se střídavě opírá o špičky a paty, vsedě se opře o paty a špičkami pohybuje do stran.
3. Jaká je nezbytná podmínka ze strany klienta pro provádění rehabilitace dolních končetin?	Spolupráce klienta.

5.2.5. Postup při zaškolování klienta

- Seznámení klienta s významem rehabilitačního cvičení dolních končetin
- Snaha o získání klienta pro spolupráci
- Naplánování vhodné doby pro provádění rehabilitačních cvičení
- Příprava pomůcek potřebných pro cvičení
- Úprava polohy klienta podle stavu a pokročilosti ve zvládnání technik
- Nácvik cviků vsedě, následně cviky vleže a podle stavu sil klienta uložení do evalvace
- V průběhu rehabilitace informování klienta o významu jednotlivých cviků, jejich správném provádění a významu
- Kontrola správného samostatného cvičení
- Zhodnocení dosavadních postupů v rehabilitaci a naplánování dalšího termínu cvičení

5.2.6. Kontrolní otázky pro klienta

Kontrolní otázky:	Odpovědi:
1. Proč je pro vás důležitá rehabilitace dolních končetin?	Lépe se mi chodí a nohy nejsou tak bolestivé. Zlepšuje to stav mého onemocnění. Pomáhá to předcházet vzniku komplikací při mém onemocnění
2. Vadí Vaším nohám dlouhé stání?	Ano, otečou mi nohy a bolí mě.
3. Jaké boty si příště koupíte?	Hlavně pohodlné, dále by měli být z kůže, měli by byt na klínku a dostatečně velké.
4. Kolikrát denně cvičení provádíte a jak dlouho?	Denně 1-2x , po dobu 5-10 minut.

6. ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Posuzovaná doba ošetrovatelská péče trvala 4 dny od 28. října do 31. října roku 2008.

Zhodnocení sestrou DP – pacient má rozporné reakce. Projevuje radost nad ukončením hospitalizace a zároveň dává najevo svou beznaděj vzniklou z nehojícího se defektu. Problémový je hygienický deficit klienta, který není schopen samostatně dodržovat hygienické návyky a je nezbytné jej řešit za pomoci dcery rodinných příslušníků. Informace od klienta nejsou vždy věrohodné a je nutné si získané informace od klienta ověřovat. Klient má rozsáhlý defekt na PDK v oblasti vnitřního kotníku. Po sledovanou dobu došlo k částečnému vyčištění spodiny defektu.

Zhodnocení vedoucí sestrou DP – doba, po kterou jsem sledovala ošetrovatelskou péči u jmenovaného klienta, představuje jen malou část z celkově předpokládané doby léčby. Přesto však mohu říci, že byla úspěšná. Klient se za čtyři dny částečně adaptoval v rodinném prostředí, začal spolupracovat, pozitivně přijímal edukaci. Vlivem vlhké terapie (Tender Wet) a její čistící částečně i analgetizující schopnosti došlo k nezanedbatelnému snížení secernace z rány a snížení stupně bolesti. Došlo k uspokojení většiny potřeb klienta. Byla navázaná spoluúčast rodiny.

Zhodnocení klientem – klient je nejvíce spokojen skutečností, že je mu i doma poskytována ošetrovatelská péče. Svoji spokojenost hodnotí slovy: “Doma je doma.”

Zhodnocení ze strany ošetřujícího lékaře - v první řadě vítá naši aktivitu a odbornou péči o klienta, kladně se zmínil o stavu defektu, ale určité obavy má z ekonomické stránky věci.

Zhodnocení ze strany rodinného příslušníka – dcera naši odbornou péči vítá, projevila mírnou obavu z dlouhodobého soužití s otcem a přiznala, že přísun nových informací je na ní moc rychlý a má strach jestli si vše zapamatuje.

7. PROGNOZA

Čtyři posuzované dny a první výsledky s užitím vlhké terapie potvrzují vhodnost a oprávněnost při provádění první, čistící fáze vlhké terapie. V tomto okamžiku není možné stanovit přesný průběh celého léčebného postupu a zvláště pak v další fáze vlhké terapie se mohou odchylovat s ohledem na aktuální stav klienta. Předpokladem je splnění řady nezbytných podmínek. Tedy například kompenzaci všech chronických onemocnění, vyhovující medikamenty, dodržování dietoterapie, duševní pohodu, dobré sociální zázemí, spolupráci klienta a rodiny. V současnosti máme všechny podmínky zplněny, proto věříme, že aplikace vlhké terapie povede k úplnému nebo aspoň částečnému zhojení defektu.

8. ZÁVĚR

Onemocnění, které jsem si vybrala ke zpracování kazuistiky je mi velmi blízké a obsahově známé. Téma se mi zpracovávalo velice dobře. Popisovala jsem konkrétní klienta v konkrétní situaci a všechny postupy jsem si ověřila v praxi.

A co cíl, kterého jsem chtěla dosáhnout:

Vytčeného cíle se mi ve čtyřech dnech nepodařilo dosáhnout. V hojení ulcerace vlhkou terapií mohou čtyři dny léčby přinést pouze zavedení léčebného režimu, začátek čistící fáze a částečnou úlevu od průvodních symptomů. Jsem spokojená s dosažením krátkodobých cílů u všech tří ošetřovatelských diagnóz. Předpokládaný čas úplného zhojení ulcerace je 4-6 měsíců.

Fotografie v příloze zobrazují stav defektu na DK po dvou, respektive pěti, měsících léčby a zde je již reálný předpoklad celkového zhojení ulcerace do doby jednoho měsíce.

9. SEZNAM LITERATURY

9.1. Citace odborných publikací

¹ Hojení ran, Brtníková Eva, Sestra, 2006, příloha 10, strana 3

² PEJZNOCHOVÁ Irena, Stručná příručka zdravotní sestry k péči o chronicky nemocné, HARTMANN-RICO, Veverská Bytýška, 1. Vydání, 2003, ISBN 80-238-99-71-6

³ MISCONIOVÁ Blanka Bc., Stručný průvodce domácí péčí, Asociace domácí péče České republiky, Praha, 1995

⁴ MISCONIOVÁ Blanka Bc., Komplexní domácí péče – od A do Z, Asociace domácí péče České republiky, Praha, 1996

9.2. Použitá literatura

DONGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-7169-294-8.

KOZIEROVÁ B., ERBOVÁ G., OLIEROVÁ R., Ošetrovatelstvo Osveta. ISBN 80-217-0528-0

LEMON 1, Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Institut pro další vzdělávání Brno. ISBN 80-7013-248

LEMON 2, Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Institut pro další vzdělávání Brno. ISBN 80-7013-249

MISCONIOVÁ Blanka Bc., Komplexní domácí péče – od A do Z, Asociace domácí péče České republiky, Praha, 1996

MISCONIOVÁ Blanka Bc., Stručný průvodce domácí péčí, Asociace domácí péče České republiky, Praha, 1995

NEUWIRT. J, FIFERNOVÁ G., Teorie ošetřování nemocných I. Avicenum. 1982, ISBN 08-042-82

ŠVESTKOVÁ S., Fázové ošetřování chronických ran, HARTMANN-RICO a.s., 2000, ISBN 3-929870-25-8

Bércový vřed (Kazuistika s nedobрым koncem), Klevetová, D., *Sestra*, 13, 2003, 3, Komunitní péče – dermatologie, s. 27

Léčba a ošetřování chronických bércových vředů, Nerad, V. *Sestra*, 14, 2004, 9, s. 27-28

Chronické formy ischemické choroby, Chochola M., *Postgraduální medicína*, odborný časopis pro lékaře, ročník 4-2/2002,

9.3. Internetové zdroje

Při této práci nebyly použity informace z internetového zdroje

10. SEZNAM ZKRATEK

- apod... a podobně
- Atd. ... a tak dále
- DK dolní končetina
- DP... domácí péče
- GV gencialová
violet'
- g gram
- mg miligram
- kg kilogram

11. PŘÍLOHY

11.1 Fotografie ulcerace ze dne 31.10.2008

11.2 Fotografie ulcerace ze dne 30.12.2008

11.3 Fotografie ulcerace ze dne 25.03.2009

11.4 Rehabilitační technika

11.5 Návod na ošetřování chronických ran

Fotografie ulcerace klienta R.K. ke dni 31. 10. 2008



Fotografie ulcerace klienta R.K. ke dni 30.12.2008



Fotografie ulcerace klienta R.K. ke dni 25.03.2009



Příloha: Rehabilitační technika

Nezbytnou součástí léčebného režimu musí být i přiměřená fyzická aktivita. Při práci svalové pumpy při pohybu totiž dochází ke zlepšení oběhových poměrů v končetinách. Zařadte do svého programu pravidelné procházky, lehká cvičení, dle možností i jízdu na kole.

Zkuste si během dne alespoň 30krát stoupnout na špičky, zhoupnout se ze špičky na patu nebo kroužit nohama v kotnících. Uvádíme i další účinné a jednoduché cviky (obr. 15–19):



obr. 15: Vsedě se střídavě opírejte o špičky a o paty.



obr. 16: Vsedě se opřete o paty a špičkami pohybujte do stran.

7.1.6 Masáže studenou vodou

Masáže studenou vodou trénují cévní systém a přispívají ke zlepšení návratu krve k srdci. Sprchování je prospěšné i u vředů, protože proudem vody jsou odstraněny povlaky i zbytky mastí.



