

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BÉRICOVÝM
VŘEDEM**

Bakalářská práce

PAVLA VESELÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.

Praha 5

Vedoucí práce: Mgr. Pohlová Andrea

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu zdrojů. Současně dávám tímto svolení, aby byla moje práce použita pro studijní účely.

Praha 31.března 2009

.....
Pavla Veselá

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především paní Mgr. Pohlové Andree za ochotné vedení mé práce, také za rady, připomínky a upozornění, které přispěly k vytvoření této práce. Dále bych chtěla poděkovat internímu oddělení Městské nemocnice Neratovice za ochotu a pomoc při sbírání údajů o pacientce. V neposlední řadě děkuji všem, kteří svou trpělivostí a ochotou pomohli k vytvoření této práce.

Praha 2009

ABSTRAKT

VESELÁ, Pavla: Ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem. (Bakalářská práce)

Veselá – Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství

Vedoucí práce: Mgr. Pohlová Andrea

Vysoká škola zdravotnická o.p.s. Praha 5 2009

Hlavním cílem mé bakalářské práce je popsat ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem.

Teoretická část této práce se zaměřuje na rozdělení bércových vředů, jejich příčiny, diagnostiku, léčbu, prognózu i ošetrovatelskou péči o nemocné s tímto onemocněním. Z důvodu mnoha druhů bércových vředů a také proto, že v praktické části se věnuji pacientce s bércovým vředem žilního původu se věnuji i v teoretické části vředům především žilního původu.

V praktické části jsem se zaměřila na konkrétní pacientku. Pomocí ošetrovatelské dokumentace dle Gordonové jsem si vytvořila ošetrovatelské problémy dané pacientky, podle kterých jsem vytvořila individuální plán ošetrovatelské péče. Díky stanoveným diagnózám jsem vytvořila intervence, které jsem plnila a na závěr i zhodnotila.

Klíčová slova: Bércový vřed. Pacient. Ošetrovatelská péče. Léčba. Převaz.

ABSTRACT

VESELÁ, Pavla: The nursing proces by patient with venous leg ulcer. (Thesis for Bachelor of Science in Nursery)

Veselá – Vysoká škola zdravotnická o.p.s. in Prague

Qualification Degrese: Bachelor in Nursery

Thesis supervisit: Mgr. Pohlová Andrea

Vysoká škola zdravotnická o.p.s. 2009

Theoretical part of this work is being focused on categorization of vonous leg ulcers, their causes, diagnosis, treatment, prognosis and medical care of the patients with this disease. With regard to existence of multiple types of varicose ulcers, and also due to the fact I´m dealing with venous leg ulcer patient in the practical part, I´m addressing mainly venous ulcers in the theoretical part too.

In the practical part, I focused on the particular female patient. Using medical care documentation according to Gordon. I defined set of care problems of dhis patient which served as basis for constrecting an individual care plan. In concordance with known diagnoses. I conceived a set of interventions which Ifollowed, and also evaluated at the end.

Key words: Venous leg ulcer. Patient. Medical care. Treatment.

PŘEDMLUVA

Bércový vřed je onemocnění, které často postihuje starší osoby, které mají problémy s cévním prokrvením dolních končetin. Málo kdo ovšem ví, že toto onemocnění může postihnout i mladé lidi. Nejedná se sice o klasicky známý vřed, ale jak se v mé práci dozvíte, ran s označením bércový vřed je mnoho druhů.

Toto téma jsem si vybrala především z důvodu četnosti tohoto problému především u starších pacientů. Také proto, že léčba bércových vředů se v poslední době díky vlhkému hojení posunula velmi dopředu, a tak hojení není jako dřív na roky, ale počítá se již na měsíce.

Tato práce je určena jak pro studenty, které tato problematika zajímá, ale také pro pacienty, kteří by se o tomto onemocnění chtěli něco dozvědět, dále se zde může některé nové informace dozvědět také zdravotnický personál, který s tímto onemocněním přichází do styku.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DEFINICE.....	10
2 ETIOLOGIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ	10
2.1 KLASIFIKACE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ	10
2.1.1 VŘEDY TRAUMATICKÉ – ULCUS TRAUMATICUM.....	10
2.1.2 VŘEDY VENÓZNÍ – ULCUS CRURIS VENOSUM.....	11
2.1.3 ARTERIÁLNĚ ISCHEMICKÉ VŘEDY – ULCUS CRURIS ARTERIOSUM.....	11
2.1.4 VŘEDY KREVNÍ – ULCUS CRURIS HEMATOPATHOGENICUM	12
2.1.5 VŘEDY LYMFATICKÉ – ULCUS CRURIS LYMPHATICUM...	13
2.1.6 VŘEDY TROFICKÉ – ULCUS CRURIS TROPHICUM.....	13
2.1.7 VŘEDY METABOLICKÉ.....	14
2.1.8 VŘEDY AUTOIMUNITNÍ.....	14
2.1.9 VŘEDY INFEKČNÍ – ULCUS CRURIS INFEKTIOSUM	15
2.1.10 VŘEDY NEOPLASTICKÉ – ULCUS CRURIS NEOPLASTICUM	15
2.1.11 GENETICKÉ DEFEKTY	16
3 BÉRCOVÉ VŘEDY ŽILNÍHO PŮVODU.....	17
3.1 CHRONICKÁ ŽILNÍ NEDOSTATEČNOST	17
3.1.1 PROJEVY.....	18
3.2 KLINICKÝ OBRAZ.....	19
3.3 DIAGNOSTIKA.....	20
3.3.1 ANAMNÉZA	20
3.3.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ.....	20
3.3.3 FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ	22
3.3.4 PŘÍSTROJOVÉ VYŠETŘENÍ.....	22
3.3.5 BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ	24
3.3.6 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	24
3.4 TERAPIE.....	25
3.4.1 MÍSTNÍ TERAPIE	25
3.4.2 CELKOVÁ TERAPIE	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 LÉKAŘSKÁ DOKUMENTACE.....	32
4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	32
4.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA	32
4.3 PRODĚLANÁ VYŠETŘENÍ.....	33
4.4 TERAPIE.....	34
5 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	35
5.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	35
5.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE M. GORDONOVÉ rozpracována do NANDA II diagnostických domén.....	36
5.2.1 PODPORA ZDRAVÍ.....	36
5.2.2 VÝŽIVA.....	36
5.2.3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	37
5.2.4 AKTIVITA –ODPOČINEK.....	37

5.2.5	VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ.....	38
5.2.6	VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	38
5.2.7	VZTAHY	38
5.2.8	SEXUALITA	39
5.2.9	ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	39
5.2.10	ŽIVOTNÍ PRINCIPY.....	40
5.2.11	BEZPEČNOST – OCHRANA	40
5.2.12	KOMFORT	40
5.2.13	RŮST/VÝVOJ.....	41
5.3	SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ.....	41
5.4	SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ.....	42
5.5	PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	43
6	DENNÍ PÉČE O PACIENTKU.....	59
6.1	DEN PRVNÍ – 21.7.	59
6.2	DEN DRUHÝ – 22.7.	59
6.3	DEN TŘETÍ – 23.7.....	60
6.2	DEN ČTVRTÝ – 24.7.	60
6.3	DEN PÁTÝ – 25.7.	60
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě během mé praxe péče o chronické, špatně se hojící rány velmi zaujala. Léčba těchto ran udělala v poslední době velký pokrok. Objevila se spousta nových materiálů, které pomáhají hojení těchto ran urychlit a usnadnit. Také je velmi zajímavé sledovat individualitu každého pacienta nejen při léčbě samotné, ale také v komplexní péči o něj.

Moje práce se skládá ze dvou částí. V teoretické části se opírám o uvedenou literaturu a jejím obsahem je charakteristika onemocnění, jeho diagnostika a léčba. Také jsou zde uvedena specifika ošetřování bércových vředů samotných. Zaměřila jsem se na bércové vředy způsobené žilními onemocněními, a to především proto, že v praktické části se věnuji pacientce, která má právě tento druh vředu, a také proto, že kdybychom chtěli popsat všechny typy bércových vředů komplexně, byla by tato práce příliš obsáhlá.

V praktické části jsem se zaměřila na konkrétní pacientku s oboustrannými žilními bércovými vředy. Věnuji se konkrétním použitým vyšetřovacím metodám, konkrétní léčbě. Stanovila jsem si ošetřovatelský plán, který jsem plnila a na konci práce zhodnotila.

Cílem mé práce je seznámit nejen zdravotníky s bércovými vředy, jejich léčbou a ošetřováním pacienta, který jimi trpí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE

Pospíšilová ve své knize uvádí definici takto: „bércový vřed je definován jako ztráta kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko do tkání podkožních.“ (Pospíšilová, 2006, str.11)

Bércový vřed je kvalifikován jako chronická rána, lokalizovaná na dolních končetinách.

2 ETIOLOGIE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

Bércové vředy mohou mít mnoho příčin. Jejich zjištění je základním předpokladem pro správnou volbu léčby. Bércové vředy, právě kvůli svým příčinám, patří mezi onemocnění spíše staršího věku. Příčiny bércových vředů mohou být rozličné, avšak nejčastější příčiny jsou cévní. V mnoha případech je toto onemocnění považováno za polyetiologické. Existuje mnoho klasifikačních schémat ulcerací, které se v mnoha jednotkách shodují, přesto jsou každá jiná. Žádná klasifikace však není dokonalá. (časopis Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře, 2002)
Za všechny uvádím jednu možnou.

2.1 KLASIFIKACE BÉRCOVÝCH VŘEDŮ

2.1.1 VŘEDY TRAUMATICKÉ – ULCUS TRAUMATICUM

Vyskytují se z důvodu přerušení stěny cév někdy s poruchou vazomotoriky.

A) vředy fyzikální - mechanické

- tepelné

- chladové

- aktinické (z radiace)

B) vředy chemické – kyseliny

- louhy

- další látky (př. steroidy)

- rostliny

C) vředy arteficiální – i vědomé sebepoškozování (Resl V., 1997)

2.1.2 VŘEDY VENÓZNÍ – ULCUS CRURIS VENOSUM

Příčinou jsou cévní poruchy.

A) varikózní vředy – na podkladě změn v povrchovém a hlubokém žilním řečišti a spojkách mezi nimi. Jsou málo bolestivé, vyskytují se spíše nad kotníky. V okolí jsou známky venostázy. Může dojít až k deformitám nohy. Hlavní příčinou bývá trauma nebo ruptura varixů. Komplikacemi jsou především mykotické infekce.

B) Vředy posttrombotické či postflebitické – bývají mnohočetné, také bývá přítomen otok. Jsou přítomny známky insuficience spojek a hlubokých žil. (Resl V., 1997)

2.1.3 ARTERIÁLNĚ ISCHEMICKÉ VŘEDY – ULCUS CRURIS ARTERIOSUM

A) arteriální uzávěr – obliterující arterioskleróza – často na prstech a patě, vředy mají nekrotickou spodinu, jsou hemoragické. Bývají značně bolestivé, hlavně v noci, často spojeny s klaudikačními bolestmi.

- endarteriitis obliterans Winiwarer-Buerger – především u starších mužů, nejčastěji s křečemi a flebitidami. Bývají spíše akrálně lokalizované. Jsou zapříčiněny změnami na arteriích a tromby v žilách.

- diabetická mikroangiopatie – drobné vřidky nejčastěji na prstech nohy, mohou přecházet k tzv. diabetické noze.

- arteiální embolie a trombóza – síťovitá kresba kůže, která je způsobena postižením cév podkoží v různé hloubce. (Resl V., 1997)

B) „Atrophia blanche“ – kolem kotníků, bělavá sklerotická ložiska, v okolí erytém, petechie a hyperpigmentace. Nejvíce u žen středního věku. Bývají silně bolestivé, kryté krustami.

C) Ulcus hypertonicum – u žen ve věku mezi 50 a 70 roky s déletrvajícím hypertenzí. Začíná náhle, bolestivé zarudnutí v horní zevní části bérce, nejprve modravá, pak purpurová barva, rychlý vředovitý rozpad krytý příškvarem, histologicky ukládání hyalinu ve stěně arteriol a zúžení jejich průsvitu.

D) Arteiovenózní anastomózy – po traumatu či kongenitálně

E) Vaskulární névy

F) Srdeční vady se snížením minutového volumu nebo otoky dolních končetin

G) Chronické angiolopatie – recidivující, často bizarní ulcerace, histologicky je přítomna segmentární hyalinizující vaskulitida

H) Nekrotizující vaskulitidy – nekrotizující imunokomplexové vaskulitidy

- kožní nekrotizující vaskulitida (anafylaktoidní)

- revmatoidní vaskulitida (někdy v asociaci

s kolagenózami)

- nekrotizující systémová vaskulitida

- nodózní periarteritida a kožní forma morbus

Kussmaul-Marier

- Churgova-Straussová granulomatóza

- Wegenerova granulomatóza

- kožní granulomatózní vaskulitida

- necrobiosis lipoidica

Tyto vředy se také někdy řadí do autoimunitních či alergických příčin.

D) Antifosfolipidový syndrom – charakteristické jsou: Sheddouův syndrom, ulcerace až gangréna na končetinách, trombózy kožních vén, povrchové tromboflebitidy a další. (Resl V., 1997)

2.1.4 VŘEDY KREVNÍ – ULCUS CRURIS HEMATOPATHOGENICUM

A) Anémie – patří sem všechny její druhy včetně hemolýzy a Feltyho syndromu

B) Dysproteinemie – makroglobulinemie, mikroglobulinemie, kryoglobulinemie

C) Trombocytopenická purpura

D) Embolie bakteriální (Resl V., 1997)

2.1.5 VŘEDY LYMFATICKÉ – ULCUS CRURIS LYMPHATICUM

A) Lymfatická dysplazie

B) Pozánětlivý chronický lymfedém

2.1.6 VŘEDY TROFICKÉ – ULCUS CRURIS TROPHICUM

A) Atrofické procesy

B) Rozsáhlé jizvy – vřed, který se vytvoří v jizvě, nejčastěji po osteosyntéze

C) Dekubity – často hluboké ulcerace, u nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko, kachektických a starších osob

D) Vředy při onemocnění kloubů a kostí – chronická progresivní polyarteritida

- koxartróza

- acroosteopathia uceromutilans familiaris –
nebolestivé ulcerace na flexorech a prstech
nohou, symetrické poruchy vnímání tlaku,
teploty a bolesti,

Dále neuropatické ulcerace, které jsou ostře ohraničené, s čistou spodinou, většinou nebolestivé:

E) nemoci míchy, páteře, kořenové afekce

F) Polyneuropatie

G) Léze periferních nervů

H) Tabes dorsalis

I) Syringomyelie

J) Poliomyelitida

K) Myelodysplazie

L) Wernerův syndrom – u mladých mužů, ulcerace v kombinaci s kataraktou a s dalšími
projevy

M) Acrodermatitis chronica atrophicans (Resl V., 1997)

2.1.7 VŘEDY METABOLICKÉ

- A) Diabetes mellitus – působí zde více faktorů, jako například neuropatie či infekce
- B) Necrobiosis lipoidica – imunokomplexová vaskulitida, velmi bolestivé, pomalu se hojící ulcerace, žlutavá nekrotická spodina, ventrálně na bérce
- C) Dna – menší vřídky, v místě šlach a chrupavek
- D) Morbus Dercumi – u žen v klimakteriu, ulcerace se rozvíjí jen někdy, typické je nahromadění tuku v pase a na dolních končetinách
- E) Panikulitida – při pankreatitidě či adenokarcinomu pankreatu, měkké nodozity s fluktuací a píštělemi na stehnech a jinde, hojí se jizvami a hyperpigmentací
- F) Ulcerace při hyperparatyreoidismu a chronické renální insuficienci – ulcerace v distálních a proximálních partiích, zvyšuje se hladina kalcia a naopak snižuje fosfor, také se objevují kalcifikace kožních cév. (Resl V., 1997)

2.1.8 VŘEDY AUTOIMUNITNÍ

- A) Revmatoidní artritida – většinou ostře ohraničené, bolestivé a pomalu se hojí, vyvolávajícím momentem bývá trauma
- B) Erythematodes acutus – ulcerace uloženy pretibiálně a maleolárně, mají hladké erytematózní okraje, příčinou je vaskulitida středně velkých cév
- C) Difuzní sklerodermie – nebolestivé ulcerace různé hloubky často s kalcifikací
- D) Nekrotizující angiitidy – alergicko-hyperergická reakce cév na vnitřní a zevní noxy, mnohočetné, bolestivé uzly vedou k exulceraci a zanechávají atrofické jizvy
- E) Nodózní periarteriitida – exulcerace bolestivých nodulů nad kotníky a v dolní části bérce, leukocytóza a eozinofilie v laboratoři
- F) Venózní kožní benigní polyarteritida
- G) Granulomatózní vaskulitida
- H) Nekrotická Ruiterova vaskulitida – papulózní až nodózní projevy se sklonem k exulceraci
- I) Pyoderma gangraenosum – gangrenózní vředy s demarkací v okrajích, rychle se mění a vyúsťují do suché nebo vlhké gangrény, okraje jsou zarudlé a podminované, bývá provázen dalšími chorobami jako je Crohnova choroba či chronická bronchitida

J) Lichen ruber planus – někdy dosti rozsáhlé ulcerace v místě puchýřů, charakteristicky histologický nález v okrajích vředu

K) Arteriotibiální syndrom – embolizace či trombóza tibiální arterie po mechanickém podnětu, také přítomna nodózní polyarteriitida či kardiální onemocnění, náhlé prudké bolesti v pretibiální oblasti, pak přichází otok s dyskolorací a ischemickou nekrózou, vhodné je chirurgické řešení. (Resl V., 1997)

2.1.9 VŘEDY INFEKČNÍ – ULCUS CRURIS INFEKTIOSUM

A) Ulcus pyogenicum – po furunklech či erysipelu

B) Antrax – vzniká papulopustula, která se rozpadá ve vřed s černou spodinou

C) Difterie – okrouhlé vředy se zánětlivým lemem a pseudomembránami

D) Osteomyelitida – pšístěle nebo podminované ulcerace s hnisem

E) Hluboké mykózy

F) Tuberkulózní kůže – například lupus vulgaris, histologicky nalézáme granulom, někdy vaskulitidu

G) Syphilis gummosa, tuberculocerosis, tabes dorsalis – histologicky specifický granulom

H) Leishmanióza kůže – po dlouhotrvajících infiltracích s destrukcí tkáně dochází k ulceracím

I) Aktinomykóza – ulcerace v prknovitém infiltrátu,

J) Lepra – spíše v obličeji, má neutrofický charakter

K) Chromomykóza – purulentní ulcerace s verukozitami

L) Chronická atrofická akrodermatitida – plošné infiltráty s teleangiektáziemi a s rozpadem v centru, histologicky atrofie epidermidis i adnex

M) Bakteriální embolie – pustulózní výsev s embolizační predilekcí a přechodem v povrchní ulcerace. (Resl V., 1997)

2.1.10 VŘEDY NEOPLASTICKÉ – ULCUS CRURIS NEOPLASTICUM

A) Bazaliom

B) Spinaliom – sem patří i karcinom v jizvě po spálení (Marjolinův syndrom)

C) Melanom

- D) Hemangiom
- E) Bowenova nemoc
- F) Sarkom (Kaposchiho nemoc)
- G) Sklerotizující lipogranulom
- H) Metastázy (Resl V., 1997)

2.1.11 GENETICKÉ DEFEKTY

- A) Klínenfelterův syndrom
- B) Klípelův-Trénaunayův-Parkesův-Webwrův syndrom – charakterizován triádou:
 - naevus flammeus s pruhovitými ložisky na jedné končetině
 - venektázie v névu a okolí
 - zbytnění měkkých i kostěných částí končetinyTaké ulcerace na bérce, prodloužení končetiny a zvýšení její teploty.
- C) Srpkovitá anemie
- D) Prolidázový deficit – autozomálně recesivní onemocnění, vzácně recidivující ulcerace kůže, hlavně u mladých lidí, přidružuje se sedlovitý nos, osteoporóza, někdy i jiná kolagenní onemocnění. (Resl V., 1997)

Jelikož je podle několika zdrojů nejčastější příčinou žilní onemocnění, a také proto, že i v mé praktické části se věnuji bércovým vředům žilního původu, budu se dále věnovat i zde bércovým vředům žilního původu.

3 BÉRCOVÉ VŘEDY ŽILNÍHO PŮVODU

Bývají výsledkem chronické žilní nedostatečnosti. Různé statistiky ukazují, že různé poškození žil se vyskytuje u 10-60% populace. Častěji jsou postiženy ženy než muži. Zhruba 30% lidí trpí křečovými žilami. Asi 20% z nich má projevy žilní nedostatečnosti.

3.1 CHRONICKÁ ŽILNÍ NEDOSTATEČNOST

Jsou při ní porušeny mechanismy žilního návratu krve k srdci, dochází k městnání krve v žilách dolních končetin, ke zvýšení žilního tlaku a tím i k rozvoji žilní hypertenze. Na vzniku žilní nedostatečnosti se podílí nedomykavost chlopní, proces obstrukční povahy způsobený flebotrombózou.

Rizikové faktory dle Pospíšilové:

1. výskyt žilních onemocnění v rodině
2. dědičná dispozice ke ztrátě elasticity žilní stěny
3. zánětlivá onemocnění žil
4. opakovaná těhotenství
5. hormonální antikoncepce
6. životní styl
7. nedostatek pohybu
8. kouření
9. dlouhodobé stání a sezení
10. nošení těžkých břemen
11. omezená hybnost kloubů dolních končetin
12. nesprávná výživa
13. nadváha, obezita
14. nevhodná obuv

Chronickou žilní nedostatečnost můžeme rozdělit na primární a sekundární. (Pospíšilová, 2006)

Primární žilní nedostatečnost je založena na dlouhotrvajících varixech (křečových žilách). Příčina vzniku varixů je však neznámá. Předpokládá se, že se jedná o snížený

počet chlopní a geneticky podmíněnou aloteraci žilní stěny. U žen, které mívají varixy častěji, se jedná nejspíše o působení hormonů.

Sekundární nedostatečnost je daleko častější. Zánět žil, který jí předchází, totiž ucpe buď úplně nebo částečně žílu, nebo způsobí nedomykavost chlopní a důsledkem toho krev v žilách stagnuje, ve spojovacích žilách nedomykají chlopně, krev jimi proudí opačným směrem, tedy do povrchových žil. Zde vzniká žilní hypertenze, která se označuje jako „ambulatorní žilní hypertenze“, jelikož na ní nemá vliv neporušená svalová aktivita. Tato hypertenze vede k trvalým změnám na malých kapilárách a okolní tkáni, která je postupně destruována. To vede k různým kožním projevům včetně bércevého vředu. (Pospíšilová, 2006)

3.1.1 PROJEVY

A) subjektivní – podmíněny závažností poruch v oběhovém systému. Může být bez projevů, ale také může mít projevy velmi výrazné. Většina projevů se zlepšuje při elevaci končetiny, při pohybu a po přiložení kompresivního obinadla. Pacienti nejčastěji pociťují bolest a napětí v končetině. Dále k subjektivním projevům patří pocity těžkých a unavených nohou, svědění, pálení a štípání, někdy také noční křeče.

B) klinické projevy – a) varixy dolních končetin: jsou to buď kmenové varixy, které se vyznačují modravě prosvítajícími městky v průběhu velké a malé žíly, dalším typem varixů jsou retikulární, které se vyznačují prosvítáním rozšířených žil, které vytvářejí síťovou kresbu na kůži. Posledním typem varixů jsou tzv. metličkové, které se projevují jemnými prosvítajícími žilkami nejvíce na zevních stranách stehien.

b) rozšířená žilní kresba při okrajích plosky: často jako první příznak metličkové varixy při okrajích nohy, většinou je jen kosmetickým problémem.

c) otoky: jsou obvykle další známkou chronické žilní nedostatečnosti, nejprve kolem kotníků, někdy i přes celý bérce, nejvýraznější večer nebo po námaze, zpočátku přes noc zmizí, později však nevratné.

d) pigmentace: světle až temně hnědé skvrny, zpočátku jsou to červené tečky, které se postupně zabarvují a splývají do větších skvrn, nejčastěji se vyskytují v dolní třetině bérce.

e) dermatitida ze stázy: projevuje se plošným zarudnutím, často s mokváním, šupinatěním a tvorbou stroupků. Kůže je citlivá, na dotek bolestivá.

f) mikrobiální ekzém: červené pupínky ve skupinkách a také neštovičky se žlutavým nebo šedobílým obsahem, kůže svědí.

g) kontaktní alergický ekzém: způsoben přecitlivělostí kůže na masti, krémy či obklady, nebo na obvazový materiál. Vyznačuje se sytě červenými pupínky, případně drobnými puchýřky s tendencí k mokvání.

h) šupinatá kůže se zesílenou rohovou vrstvou: říká se jí hyperkeratóza. Jsou to ztluštělé šupiny.

i) tuhá kůže: vazivová přeměna původně měkkého otoku, plošné, zpočátku bolestivé ztuhnutí kůže a podkoží, především v krajině nad vnitřním kotníkem.

j) bradavčité výrůstky: odezva na přetrvávající otok, na kůži bérce a nártu, mohou dosahovat gigantických rozměrů, rohovina se vlivem bakterií rozpadá a je příčinou zápachu.

k) bílá atrofie: asi u 33% nemocných, vždy značí závažné postižení žilního systému. Lesklé, perleťovitě zbarvené jizvičky s tenkou kůží, s drobnými prosvítajícími cévkami, s červeným nebo pigmentovaným lemem. Mají tendenci k bolestivému rozpadu.

l) bérceový vřed: je výsledkem poruch látkové výměny v kůži a podkoží, na podkladě primárních varixů či u posttrombotického syndromu.

3.2 KLINICKÝ OBRAZ

A) bérceové vředy při primárních varixech – menší velikost, mělká spodina, hladké okraje, bývají vícečetné, většinou v dolní třetině bérce okolo kotníku. Nacházíme různě vinuté, modravě prosvítající žíly a kožní změny způsobené městnáním krve. Jsou to především otoky, které jsou nejprve měkké, později tuhnou, vazivovatí. Žilní kresba na okraji nohy je rozšířená, v okolí vředu je temně hnědá pigmentace. Kůže je suchá, olupuje se a bývá buď tenká nebo naopak ztluštělá, mokvá a někdy bývají i ekzémové projevy.

B) bérceové vředy posttrombotické – bývají hluboké, rozsáhlé, často cirkulární a podmínované, mívají také povleklou spodinu, v okolí je výrazný tuhý otok, i kožní změny v okolí bývají výraznější. Nejčastěji se vyskytují v dolní třetině bérce a vyznačují se silným mokváním. Hojí se pomaleji a obtížněji než vředy při varixech.

Subjektivním příznakům u bércových vředů dominuje bolestivost a to od mírné bolesti až po bolest velmi silnou, která je způsobena především zánětlivými změnami v okolí vředu a mikroby na spodině vředu. (Pospíšilová, 2006)

3.3 DIAGNOSTIKA

3.3.1 ANAMNÉZA

Důležitá je rodinná anamnéza. Především se musíme dotazovat na výskyt žilních onemocnění, plicních embolií, kardiovaskulárních chorob, obezity či diabetu.

V osobní anamnéze se ptáme na varixy, jejich trvání a vývoj. Pokud byly varixy nějakým způsobem ovlivňovány, ptáme se jakým a kdy. Také se ptáme na užívání hormonální antikoncepce, počet porodů, traumata. Také nás zajímají otoky dolních končetin a stavy, které k nim vedou.

Poté se otázky již specifikují pouze na bércové vředy. Kdy se objevili poprvé, kolikrát se vracejí, jak dlouho trvá léčba a čím byly doposud léčeny. Také nás zajímá léčba jiných přidružených chorob. Také se ptáme na návyky, jako je kouření, počet cigaret denně, jak dlouho již pacient kouří, dále alkohol a jiné drogy.

Dále nás zajímá také práce, kterou pacient vykonává, jak dlouho pracuje, jestli měl nějaké potíže v práci, jako jsou pracovní úrazy či nemoci vzniklé v práci.

Velmi důležité je také zeptat se na bolesti především v oblasti dolních končetin, zda pacient nějaké pociťuje, kdy a v jaké míře. Také se ptáme na to, co pacient proti bolesti dělá. (Resl V., 1997)

3.3.2 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

Hodnotíme celkový stav pacienta, především stav pokožky, výživu, pohyblivost a různé deformity těla.

Bércový vřed se posuzuje jak objektivně, tak i subjektivně.

A) objektivně hodnotíme:

- lokalizaci – převážně dolní třetina bérce, což umožňuje diagnostiku tzv. na první pohled.

- velikost – udává jí délka a šířka vředu v cm, případně hodnotíme i hloubku vředu, rozsah rány udává závažnost příčiny, posttrombotické vředy mohou dorůstat gigantických rozměrů.
- stav spodiny – spodina s nekrózou (hnědočerný příškvár odumřelé tkáně) poukazuje na tepennou příčinu, pod nekrózou se může hromadit hnis, což výrazně komplikuje hojení rány. Někdy bývá spodina pokryta ulpívajícími žlutavými nálety, jindy šedozelenými páchnoucími povlaky, to je příznakem, že vřed vznikl na podkladě žilní poruchy. Pokud je spodina povleklá, je to indikací k mikrobiologickému vyšetření rány a tento povlak bývá často příčinou zápachu, který je také důležitým kritériem při hodnocení bércevého vředu. Někdy bývá rána pokryta již nově se tvořící tkání jasně červené barvy, což je známkou hojení vředu.
- vzhled okrajů – mohou být hladké, nepravidelné, pozvolna či příkře spadající ke spodině, nebo podminované, což značí přítomnost infekce, která brání hojení rány.
- změny v okolí – stav kůže v okolí vředu bývá přínosem pro diagnostiku zejména, je-li příčinou žilní nedostatečnost, jelikož při ní je spousta pestrých kožních projevů, které jsou známy pod názvem „venózní dermatitis“.
- teplota a tep – měří se na hřbetu nohy pohmatem, při tepenném uzávěru je teplota na periférii končetiny snižena a tep nehmatný, při vředech souvisejících s hypertenzi je tep naopak velmi výrazný.
- otok – zjišťujeme otok především kolem končetin, bývá zřetelný právě při vředech žilního původu, je výraznější po námaze (dlouhé stání či sezení), zmírní se po elevaci končetiny, zpočátku je otok měkký, později tuhne, skleroticky se změní a pak je trvalý.

B) subjektivně hodnotíme:

- bolest – především tzv. klaudikační bolesti (bolesti při pohybu, které se po zastavení ztratí), dále může být akutní, nebo chronická, také rozlišujeme bolest kontinuální, přechodnou a dotykovou.
- svědění
- pálení
- křeče v nohou – mohou být způsobeny sníženou hladinou minerálů a stopových prvků, dlouhodobým stáním či sezením, poruchou látkové

výměny ve svalech, či některými onemocněními

- další potíže nemocného (zápach, stud, pocit odporu) (Pospíšilová, 2006)

3.3.3 FUNKČNÍ VYŠTEŘENÍ

- A) test kašlem – ruku přiložíme do třísla nemocného. Požádáme pacienta aby zakašlal. Při kašli hmatáme při nedomykavosti chlopní v ústí velké povrchové žíly nárazovou vlnu.
- B) pokleповý test – určen k průkazu nedomykavosti chlopní velké povrchové žíly. Nemocný stojí, nahmatáme pravou rukou žilní městky ve výšce lýtky, prsty levé ruky poklepáváme na stehno v průběhu velké povrchové žíly, pravá ruka může zachytit vlnění.
- C) Trendelenburgova zkouška – pacient leží, má zvednutou končetinu a na ni je přiloženo stázové obinadlo v horní části stehna v oblasti ústí velké safény. Pacient se postaví, pokud se kolabovaná žíla do 30-ti vteřin nenaplní, nebo se naplňuje pomaleji, znamená to intaktilitu spojovacích žil ležících periferně od místa stahu, pokud se ovšem varixy naplní, znamená to nedomykavost chlopní spojek nebo chlopní malé safény. Po odstranění komprese sledujeme naplnění varixů, pokud je rychlé a masivní, ukazuje to na chlopňovou nedostatečnost velké safény. Při hodnocení malé safény se obinadlo přikládá v podkolení jamce.
- D) Perthesova zkouška – provádí se za účelem zjištění uzávěru hlubokých žil a nedomykavosti chlopní žil spojovacích. Pacientovi ve stoje přiložíme obinadlo pod koleno a necháme ho chodit asi 1 minutu. Pokud se žilní městky vyprázdní, jsou transfasciální spojky neporušeny. Pokud se stav žil nezmění, je odtok krve ztížen překážkou ve spojovacích žilách nebo v hlubokém žilním systému.

3.3.4 PŘÍSTROJOVÉ VYŠETŘENÍ

- A) Měření periferního žilního tlaku.

Výška tlaku vždy závisí na místě jeho měření na končetině, poloze končetiny a času jeho měření. V našem případě měříme tlak na dolní končetině. Také každý pohyb touto končetinou mění hodnoty tlaku. Například při zdvihu nohy tlak klesá. Při chůzi se tedy

vytváří víceméně pravidelná křivka a po ukončení chůze se tlak pomalu vrací do výchozí hodnoty.

U zdravého jedince je tlak v horizontální poloze na dorzu nohy kolem 10 mmHg, ve stoje 80-100 mmHg. Chůzí se do činnosti zapojí svalová pumpa, což vede k poklesu tlaku minimálně o 50 mmHG.

Přímé měření tlaku krve je přesná, ale časově náročná metoda, proto se dnes příliš nepoužívá. Je to metoda invazivní a je překonána moderními metodami.

B) Dopplerovská ultrasonografie.

Je to bezpečná, časově nenáročná a nebolestivá metoda. Její výsledky jsou dobře reprodukovatelné a výpovědní hodnota je vysoká. Tato metoda je založena na principu odrazu ultrazvuku od krvinek v krevním proudu.

Zjišťujeme pomocí ní uzávěr a nedomykavost chlopní hlubokého žilního řečiště, nedomykavost chlopní povrchových žil.

Lékař přikládá ultrazvukovou sondu na různá místa končetin a poslechem hodnotí změny proudění krve v jednotlivých úsecích. Podvázáním určitého úseku obinadlem může získat informace o stavu chlopní v dané oblasti.

Dokonalejší a podrobnější je Duplexní sonografie a barvená Duplexní sonografie. Ta odhalí již časné změny cévní stěny ve smyslu jejího zbytnění.

Používá se k odhalení nálezu cévní stěny, která nevykazuje poruchy proudění.

C) Flebografie

Invazivní metoda, provádí se až po vyčerpání neinvazivních vyšetření. Také se provádí v případě nejasných výsledků před operací nebo při podezření na proběhlý zánět hlubokých žil. Je citlivější, a proto dokáže rozpoznat již časná stadia žilního uzávěru. Například chlopní nedomykavost ovšem rozpozná jen těžko.

Kontrastní látka se vstříkne stojícímu pacientovi do žíly na hřbetu nohy a pod televizní obrazovkou se sleduje odtok kontrastní látky.

D) Izotopová flebografie

Do tkáně se vpravuje izotopová látka a sleduje se pokles aktivity nad příslušným místem pomocí speciálního přístroje (scintilační počítač).

Používá se ke zjištění průchodnosti žilního systému a určení aktivity trombózy.

Izotopová látka se pak vychytává v plicích a poskytuje tak informace o případné embolizaci.

E) Digitální subtrakční angiografie

Rentgenové vyšetření tepen u bércevého vředu s tepenným uzávěrem, kde se nabízí indikace k operačnímu zákroku.

F) Digitální fotopletysmografie

Díky ní lze zjistit funkční zdatnost žilního systému klasifikovanou do tří stupňů.

Nemocnému je umístěna na vnitřní stranu bérce nad kotník malá sonda a nemocný provede několik pohybů v hlezenním klubu. Sonda zaznamená průtok krve bérce v klidu a při pohybu.

Lze rozlišit tzv. zlepšitelnou a nezlepšitelnou žilní nedostatečnost, což je důležité pro správnou volbu léčby. Nezlepšitelná nedostatečnost mívá příčinu v hlubokém žilním systému a je typická pro posttrombotický syndrom.

3.3.5 BAKTERIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Odebírá se biologický materiál ze spodiny bércevého vředu. Výsledek nás informuje o mikrobiálním osídlení, které v mnoha případech negativně ovlivní hojení rány. Díky tomuto vyšetření můžeme vhodně zvolit místní léčbu vředu. Provádí se většinou u všech typů bérceových vředů, mimo vředů s čistou spodinou a s dobrou hojivou tendencí.

Důležitá pro výsledek je především správná technika provedení odběru. Stěry se musí provést jak z hloubky, tak i z okrajů rány, neboť v obou místech se mohou vyskytovat bakterie či jiné mikroorganismy.

3.3.6 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Jako základní vyšetření se provádí krevní obraz, ve kterém nás nejvíce zajímají počty erytrocytů, hematokritu a železa. Dále sedimentace, glykémie a vyšetření moči. Pokud vřed již trvá dlouho můžeme vyšetřit Benceovu-Jonesovu bílkovinu (podezření na amyloidozu). Při podezření na tromboflebitidu či plicní embolii sledujeme polyglobulii, množství trombocytů, hladinu antitrombinu III, plazminogenu, proteinu C, proteinu S a kofaktor II heparinu. Někdy sledujeme také hladinu iontů, především zinek a vápník. (Pospíšilová 2006, Resl 1997)

3.4 TERAPIE

Základní rozdělení terapie: A) místní léčba

B) celková léčba

3.4.1 MÍSTNÍ TERAPIE

Cílem je především sanace spodiny rány, podpora granulace a epitelizace pomocí správného krytí rány. Také je velmi důležité věnovat pozornost okolí rány.

V dnešní době se do léčby prosadily nové moderní postupy. Léčba se tedy dělí na dvě části, a to tradiční terapie a moderní krytí. Tyto metody se kombinují a doplňují.

Ke klasické terapii se řadí různé obklady s dezinfekčními prostředky, masti s antibiotiky, masti a pasty s obsahem kovů a podobně. Tyto přípravky mohou však způsobovat alergie a toxické reakce. Rána se častěji převazuje, což může být příčinou vzniku bakteriální infekce a obklady se snižuje teplota rány a tím zpomaluje její hojení. I přesto se tyto postupy hojně využívají.

Zde bych pro ilustraci uvedla příklad léčby bércového vředu z roku 1987. Menší bércové vředy se léčily pružným obvazem s houbou. Důležité bylo obnovení krevního oběhu elastickým obinadlem. Nejobvykleji se bércový vřed ošetřoval jednou denně nebo obden. Prováděla se koupel v hypermanganovém roztoku, pomocí gázy se odstranil hnis, zbytky odumřelé tkáně, stroupky a šupiny na okolní kůži a pak se kůže vysušila. Poté se okraje a okolí vředu potřely 1% vodným roztokem genciánové violeti nebo se tence potřely zinkovou mastí. Na spodinu se přiložil plátek gázy potřený tenkou vrstvou hojivé masti (předepsal lékař), nejčastěji borová vazelína s přídavkem rybího tuku. Při osídlení vředu mikroorganismy se do mastí přidávala antibiotika. Do rozsáhlých vředů se dávaly kožní štěpy, které se přenášely na spodinu vředu ze stehna nebo břicha. (Krčílek 1987)

Moderní léčba a krytí naproti tomu využívá poznatků o fázovém hojení ran. Léčba musí respektovat charakter spodiny rány a intenzitu sekrece a krytí tedy musí směřovat k vytvoření fyziologického prostředí, ve kterém se rozvíjejí reparační procesy.

Fáze hojení bércového vředu: 1. zánětlivá fáze – komplexní obranná reakce organismu. Cílem je odstranění, případně zneškodnění škodlivin, vyčištění rány a vytvoření předpokladů pro následné procesy výstavby nové tkáně. V této fázi jsou

nejdůležitější leukocyty, které pro svou funkci potřebují kyslík. Tyto buňky zasahují do procesu čištění tkáně.

2. proliferační fáze – také granulační, charakterizována množением buněk s cílem vytvoření nových cév a vyplnění defektu novou granulační tkání. Nejdůležitější pro tuto fázi jsou působky uvolněné z leukocytů a růstové faktory, které stimulují pohyb a dělení buněk podílejících se na stavbě granulační tkáně. Vytváří se nové cévy svaly i kůže. Nová granulační tkáň je jasně červená a tvoří „lůžko“ pro následnou epitelizaci.

3. diferenciační fáze – také reepitelizační, poslední fáze hojení rány. Charakteristická zvýšenou aktivitou dělení buněk epiteliálních, jejich pohyb a diferenciace. Pohybem buněk nahoru k povrchu a směrem od okrajů ke středu rány se bércový vřed uzavírá. V této fázi je potřeba kyslíku maximální. Rána se kontrahuje a mění v jizevnatou tkáň.

Moderní léčba: 1. débridement – odstranění nekrózy a vyčištění rány. Je základním předpokladem zdárného hojení ulcerace. Je důležitá především proto, že pod černohnědým příškvarem se často shromažďuje hnisavý exsudát, který zesiluje bolest a zhoršuje zánět. Stejně působí i žlutavé nálety fibrinu či šedozelené povlaky svědčící pro mikrobiální osídlení vředu. Proto je důležité nekrózu odstranit.

2. vytvoření adekvátně vlhkého prostředí rány – tzv. vlhké hojení rány. Vědecké výzkumy prokázaly, že ve vlhkém prostředí dojde k hojení signifikantně rychleji než v prostředí suchém. Moderní krycí prostředky však musí splňovat mnoho dalších požadavků.

3. respektování výměny plynů a vodních par – musíme brát ohledy na hloubku rány. U hlubokých ran se užívá krytí, která navodí hypoxické prostředí s nízkým pH, v němž se aktivuje granulogeneze a angiogeneze. Používají se tedy především okluzivní a semiokluzivní krytí (hydrogely, hydrokoloidy). U povrchových ran se užívají prostředky, které zcela zachovávají fyziologickou výměnu plynů, tedy krytí permeabilní, nebo semipermeabilní (síťové materiály, pěnová krytí).

4. udržování stabilní teploty – je dokázáno, že snížení teploty o pouhé 2°C, výrazně zpomaluje hojení ran. Proto se od častého převazování ran ustupuje.

5. nepropustnost krytí pro mikroorganismy – to je zvlášť důležité u hospitalizovaných pacientů, u kterých hrozí vyšší riziko nosokomiální infekce.

6. bezpečnost krycích prostředků – zatím nejsou žádné dostupné informace o vedlejších účincích nových krycích materiálů, pokud neobsahují alergizující materiál (např.jod).

7. jednoduchá aplikace a snímatelnost – buňky nového epitelu se snadno odstraní i s krytím, které ránu vysušilo a současně k ní přischlo. Rána pak krvácí a krev pak tvoří nežádoucí krustu. Bezpečná jsou krytí, která se podílí na tvorbě vlhkého prostředí, také krytí s neadherentní komponentou, např. se silikonovým povlakem.

8. analgetický účinek – a také dobrá snášenlivost. Pokud krytí či aplikovaný lék působí nepříjemný pocit, či bolest, navodí to u nemocných stres. Ten negativně ovlivňuje hojení. (Pospíšilová, Švestková 2001)

Moderní krycí prostředky se dají podle složení a účinku rozdělit do několika skupin:

1. hydrogelová krytí – jsou složeny z polyuretanových polymerů s vysokým obsahem vody, proto se jim říká vlhká. Po přiložení vytvoří v ráně vlhké mikroklima, které zlepšuje podmínky pro správné hojení. Také má sací schopnost, která pohltí přebytečný sekret rány. Jsou indikována na rány se suchou spodinou i na rány silně mokvajících. Dovolují sledování rány bez jejího odkrytí. Při přikládání musíme dbát na to, aby překrývala okraje rány o dva a více centimetrů. Příkladem je Suprasorb, Hydrosorb a další.
2. gelové prostředky – jsou určeny přímo pro bércový vřed a mají zavláčující účinek. Tento gel se chová jako vodní roztok a proto ránu dostatečně hydratuje. Doporučuje se na vředy s nekrotickou spodinou, se suchými žlutošedými povlaky. Ty působením gelu mění konzistenci a lépe se odstraňují. Příkladem jsou Flamigel, Nu-gel a další.
3. mokré krytí – polyakrylátové polštářky, klasické bioaktivní „mokré“ hojení vředu. Kombinuje mokrý obvaz a absorbční složku. Aktivuje se Ringerovým roztokem, který se postupně uvolňuje do rány a současně nasává sekret z rány, bakterie a další zplodiny. Ponechává se 12-24 hodin. Je vhodné na silně mokvajících rány, ale také na rány suché, ve fázi čištění a granulace.
4. hydrokoloidní krytí – patří k nejstarším obvazům moderního krytí. Jsou to okluzivní, dvojvrstevná krytí, kde vnitřní – absorbční vrstva obsahuje hydroaktivní částičky (př.želatina). zevní vrstvu tvoří polyuretanová pěna, která nepropouští vodu. Spodní vrstva vytváří se sekretem rány gelovou hmotu. Ta zajišťuje příznivé mikroklima pro hojení rány. Používají se především

pro hojení ve fázi granulace a mohou být na ráně až 7 dní. Podle „puchýře“, který se vytvoří uprostřed obvazu poznáme, že je obvaz potřeba vyměnit. Kašovitý sekret nasládlého zápachu, který se objeví po odstranění obvazu je občas milně považován za hnis, ale je to reakce sekretu na účinnou látku. Je třeba ji opatrně odstranit tekoucí vodou. Po obkladu s fyziologickým roztokem je na ránu možné opět čisté krytí přiložit. Příkladem jsou Granuflex, Suprasorb H či Tegisorb.

5. hydropolymerová krytí – také podporují vlhké hojení ran. Příkladem je syntetický polopropustný obvaz krytí Tiele, který se skládá ze tří vrstev. Zevní polyuretanová vrstva je po stranách opatřena nedráždivým lepidlem, střední z netkané textilie nasává přebytečný sekret a vnitřní hydropolymerová vrstva, která naléhá na spodinu rány. Výhodou je měkkost a přilnavost materiálu, což umožňuje aplikaci i na nerovná místa.
6. pěnová polyuretanová krytí – jsou z měkkých polyuretanových materiálů propustných pro vodní páry a plyny. Podle různosti pórů se liší různou drenáží a absorpční kapacitou. Pojímají přebytečnou tekutinu a bakterie, čímž se podílejí na čištění rány, někdy bývají opatřena silikonovou vrstvou, to zabezpečuje šetrnější výměnu obvazového krytí. Příkladem tohoto krytí jsou Mepilex, Suprasorb PU či Allevyn.
7. hydroaktivní krytí – polopropustné obvazy z polyuretanového gelu v pěnové podobě, do kterého je zabudován superabsorbér. Na povrchu bývá opatřen polyuretanovým filmem, který tvoří ochrannou bariéru proti mikroorganismům. Jejich účinek je selektivní, ze sekretu rány odvádí vodu, bakterie a odumřelé buňky. Výživné látky v ráně ponechávají. Představiteli jsou přípravky Cutinova s rozdílnou tloušťkou a tím i sacími schopnostmi.
8. alginátová krytí – vyráběná z hnědých mořských řas, bohatých na algináty. Algináty obsahují vápník, který se při reakci se sekretem rány uvolňuje a je vyměňován za sodík, který je absorbován zpět. Pro svou silnou absorpční schopnost se používají k ošetřování ran s výrazným mokváním. Při kontaktu s ránou se mění v nepřilnavou, měkkou hmotu připomínající právě mořské řasy. Příkladem jsou Melgisorb, Sorbsan či Suprasorb.
9. absorpční krytí s aktivním uhlím – základem je jemná pletenina, nasycená aktivním uhlím, někdy vícevrstevná. Má značnou sací schopnost a tím reguluje vlhkost rány. Jsou vhodná k léčbě ran se silnou sekrecí i ran povleklých. Příklady jsou Actisorb, Carbonet či Estex.

10. krytí ze síťových materiálů – většinou z gázové tkaniny s většími či menšími oky. Jsou impregnovány nedráždivými mast'ovými základy nebo obsahují navíc další účinnou složku, která rozšiřuje léčivé účinky. Jsou propustné pro vodu, bakterie a plyny. Užívají se k léčbě ran s vytvořenou granulační tkání, k podpoře epitelizace. Příkladem jsou Ialugen, Inadine či Bactigras.
11. transparentní polyureatanové filmy – pro sekundární rány se užívají v kombinaci např. s gelovým krytím. Jsou flexibilní, samolepící, průhledné. Tyto folie jsou propustné pro kyslík a vodní páry, ale ne pro vodu. Chrání povrch rány a udržují vlhké prostředí rány. Více se však užívají na povrchové rány. Příkladem jsou Bioclusive, Hydrofilm či Suprasorb F.
12. hydrovlákna – objev posledních let. Mají vysokou absorpční a retenční schopnost. Sdružují účinek alginátů a hydrokoloidů. Příkladem je Aquacel.
13. enzymatické prostředky – užívají se především pro bércové vředy s nekrotickými a fibrinovými ulpívajícími povlaky. Tyto prostředky nahrazují nedostatek vlastního tkáňového enzymu, štěpí kolagen odumřelé tkáně, DNA poškozených buněk a rozpouští fibrinové povlaky bez poškození zdravých buněk. Na ránu se aplikují denně. Je to například Iruzol gel či Fibrolan mast. Docílíme jimi bezbolestného vyčištění vředu.
14. antibakteriální a antiseptické prostředky – ty moderní mají minimální schopnost vyvolat alergickou reakci. Je to například Baktroban mast, či Dermazin mast, která má navíc i čistící účinek. Hojně používaným prostředkem je také Betadine mast i roztok.
15. prostředky obsahující kyselinu hyaluronovou – aplikace těchto prostředků nahrazuje deficit této kyseliny v tkáních a kůži, jejíž nedostatek zpomaluje hojení. Je to např. Ialugel krém či Curiosin gel.
16. kombinovaná krytí – jde většinou o kombinaci hydrokoloidů a alginátů, či hydrokoloidů, alginátů a aktivního uhlí.

Tyto druhy krytí se dají také dělit podle účinku do čtyř skupin:

- a) neabsorpční krytí – sítě, polyuretany
- b) absorpční krytí – okluzivní (hydrokoloidy)
- c) vysoce absorpční krytí – hydrofilní (algináty)
- d) „mokrý“ krytí – hydrogely

Při výběru krycího materiálu musíme také dbát na to, ve které fázi se hojení nachází. Ne všechny druhy krytí jsou totiž vhodné pro každou fázi hojení. Například

v první fázi hojení musí být krytí zaměřeno na sanaci spodiny rány. Je tedy vhodné například Iruzol mast, nebo je také vhodné hydrogelové krytí. Pokud je rána velmi nekrotická můžeme přistoupit i k chirurgickému řešení, kdy se z rány pomocí skalpelu či ostré lžičky odstraní nekrotická tkáň. Někdy je nutné použít v této fázi antibiotika či antiseptika. Někdy je také možné užít tzv. „larva“ terapii, což znamená odstranění nekrotické tkáně pomocí sterilních larev, pro které jsou hnisavé povlaky potravou.

V USA mohou nyní pacienti využívat tzv. „umělou kůži“. Je to umělá tkáň, která ovšem obsahuje živé buňky. Po přiložení na ránu její složky začnou spolupracovat přímo s buňkami pacientovi kůže. V souvislosti s tím zde probíhá kampaň, která má upozornit nejen laiky na to, že od dob vazelíny a obvazů medicína pokročila a že je tedy možné chronické rány léčit efektivněji. (časopis SESTRA č.5/08)

V některých případech se volí léčba chirurgická neboli radikální. Většinou jde o odstranění nedomykavých míst v povrchovém a spojovacím žilním systému.

3.4.2 CELKOVÁ TERAPIE

Je nezbytnou součástí léčby bércových vředů. Pokud neléčíme příčinu bércového vředu, léčba místní nemůže být úspěšná.

U žilních vředů, jde nejčastěji o léčbu chronické žilní insuficience. Těmto vředům předchází a provází je purpura, edémy, trofické a atrofické změny na končetinách a další nepříjemné projevy.

K léčbě se užívají v první řadě venofarmaka, která mají antiedematózní, venotonický a protizánětlivý účinek. Mnohé také zlepšují parciální tlak kyslíku. Dělí se na dvě skupiny: 1. redukující edém nebo mu předcházející (aescin, flavonoidy)

2. tonizující přímo žilní stěnu (diosmin, dihydroergotamin)

Nejčastěji užívaná venofarmaka: Anavenol – protiedémové a venoprotektivní účinky

Cilkanol

Ascorutin

Detralex – protizánětlivé a venoprotektivní účinky

Glyvenol

Také se užívají léky ze skupin rheologicky působících léků. Například Agapurin či Trental. Ty zlepšují flexibilitu erytrocytů. Dále se může dlouhodobě podávat vit E,

který zlepšuje obecnou kondici vaziva. U edémů se podávají také diuretika a užívá se kompresivní terapie.

Kompresivní léčba se užívá velmi hojně. Jejím úkolem je kompenzovat funkci cévního řečiště. Je to metoda účinná, jednoduchá i ekonomicky dostupná. Indikace k zevní kompresi: povrchová flebitida

hluboká žilní trombóza a posttrombotický syndrom

projevy hluboké žilní insuficience

stav po sklerotizaci varixů, po operaci varixů

otoky mízního původu

otoky jiného původu , např. po úrazu

Účinky na žilní systém: zúžení patologicky rozšířených žil

snížení stupně nedomykavosti žilních chlopní

odstranění retrográdního refluxu

snížení žilní hypertenze

zvýšení rychlosti proudění žilní krve

normalizace zpětného transportu tekutin

vstřebání otoku

podílí se i na urychlení hojení bérceových vředů

snižuje riziko trombembolické nemoci

Ke kompresi se užívají buď elastická obinadla nebo kompresivní elastické punčochy. V akutní fázi onemocnění se častěji užívají obinadla a naopak k dlouhodobé léčbě jsou vhodnější punčochy. U obinadla je důležité, aby bylo správně přiloženo. Příkladá se v horizontální poloze končetiny. Obinadlo musí jít přes patu minimálně pod koleno.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 LÉKAŘSKÁ DOKUMENTACE

4.1 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Pacientka B.Č. narozena r. 1919, byla přijata na interní oddělení v Neratovicích dne 28.6.2008 pro celkové zhoršení stavu a progresi bércových vředů na obou dolních končetinách, které jsou dle předchozí hospitalizace způsobeny Ischemickou chorobou dolních končetin. Pacientka má při příjmu zhoršenou pohyblivost, je komunikativní, ale úzkostná.

O pacientku jsem se starala od 21.7. do 25.7. 2008 během mé letní praxe.

4.2 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Osobní anamnéza: v dětství prodělala klasické dětské choroby, nyní trpí ICHDK, artrózou, aterosklerózou a hypertenzí. Bere jen několik léků a cítí se dobře.

Rodinná anamnéza: matka zemřela ve věku 87 let na srdeční nedostatečnost

otec zemřel ve věku 69 let na karcinom rekta

má dva sourozence: sestra 78 let trpí hypertenzí

bratr 88 let srdeční nedostatečnost, po CMP

upoután na lůžko. Nyní v LDN.

Pracovní anamnéza: pracovala 45 let jako šička, nyní starobní důchodkyně

Sociální anamnéza: žije sama v bytě v prvním patře bytového domu bez výtahu, synové ji navštěvují. Starší syn s rodinou o ni pečuje.

Alergie: neguje

Fyzikální vyšetření: TK- 130/90, P- 78', TT- 36,8°C, hlava bez patologického nálezu, horní končetiny v normě, hrudník pyknický, dýchání klidné, srdeční hrot hmatný, normální velikosti, břicho měkké, nebolestivé, dolní končetiny méně pohyblivé,

bolestivé, kůže suchá, tmavší barvy. Na obou dolních končetinách defekty. Na bérce levé dolní končetiny velikosti 10x12 cm, na bérce pravé dolní končetiny defekt velikosti 2x8 cm. Obě dolní končetiny jsou oteklé, otoky symetrické od prstů až po kolena.

Léková anamnéza: pacientka užívá léky na hypertenzi, ale které si nepamatuje, dále bere Ascorutin a další léčbu nezná.

Subjektivní obtíže: pacientka udává zhoršení pohyblivosti v posledních několika dnech, také větší bolestivost dolních končetin. Bolest se objevuje především při pohybu, ale nyní se objevila i v klidu mírná bolest, což způsobilo i strach z pohybu. Svědění nepociťuje. Pacientka při vzniku vředů pociťovala noční křeče v nohách. Dle pacientky se vředy objevily znovu asi před třemi týdny. Lékaře nenavštívila. První výskyt vředů si nepamatuje.

Objektivní posouzení defektů: a) pravá dolní končetina: lokalizace vředu: na přední straně bérce v jeho dolní třetině, jeho velikost je 10x12 cm. Vřed je spíše povrchový, spodina povleklá žlutavými nálety, mírně zapáchá, okraje nepravidelné, narůžovělé. Kůže v okolí je suchá, napnutá, barva tmavá, do hněda. Otok sahá od prstů ke kolenům, je tuhý.

b) levá dolní končetina: lokalizace vředu: na přední straně bérce, velikost vředu je 2x8 cm. Vřed je povrchový, pouze v jednom místě dosahuje hloubky asi 0,8 cm. Spodina povleklá žlutavými nálety, okraje nepravidelné, růžové. Kůže v okolí je suchá, napnutá, barva je tmavá, do hněda. Otok sahá od prstů nohy ke kolenům.

Závěr: ICHDK

Ulcus cruris bilaterálně

Aterosklerosa II.stupně

Arteriální hypertenze

Osteoarthrosa II-III.stupně

4.3 PRODĚLANÁ VYŠETŘENÍ

A. krevní testy: krevní obraz – mírně snížený hematokrit (105), ostatní hodnoty v normě

sedimentace – 17/25, mírně zvýšená

biochemie – glykemie – 7,35(zvýšená)

mírně snížená hladina vápníku

- B. vyšetření biologického materiálu: odebrán stěr z vředu – enterococcus faecalis
- C. ostatní vyšetření – sonografické vyšetření dle Dopplera – zjištěna nedomykavost chlopní povrchových žil a stenóza žil na ventrální straně obou bérců.

Flebografie – provedena na cévní chirurgii Nemocnice Na Homolce. Dle výsledků cévní operace nedoporučena.

Chirurgické konzilium – 23.7. provedena nekrektomie, dezinfekce, laváž chloraminem, lokálně iruxol, Suprasorb G, sterilní krytí

4.4 TERAPIE

Ordinovány vasodilatační infuze: Fyziologický roztok 250 ml s 2 amp Oxantil (vazodilatancia) a 1 amp Agapurin (vazodilatancia)

Rehabilitace: sed, stoj, nácvik chůze

Převazy: vlhké hojení 1x za dva dny až tři dny, dle prosaku (SUPRASORB G, sterilní krytí)

Medikace:

FRAXIPARINE 0,3 s.c.	1 – 0 – 0	antikoagulancia
ANOPYRIN 100 p.o.	0 – 1 – 0	antiagregancia
ENELBIN R p.o.	1 – 1 – 1	vazodilatancia
HELICID 20 p.o.	1 – 0 – 1	antiulcerózní látky
FURON 40 p.o.	1 – 0 – 0	diuretika
GLYVENOL p.o.	1 – 0 – 1	venofarmaka
VESSEL DUE p.o.	1 – 0 – 1	antikoagulancia
IBALGIN 400 p.o.	0 – 0 – 1	antirevmatika
KALNORMIN p.o.	1 – 0 – 0	solí a ionty (draslík)
D.H.C. CONTINUS 60 p.o.	8:00 – 20:00	analgetika-anodyna
LACTULOSA 15 ml p.o.	dle potřeby (max.3xD)	laxativa
CIPLOX 200 i.v.	8:00 – 20:00	antibiotika

5 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Pacientka B.Č. narozena 1919.

Pohlaví: žena

Důvod hospitalizace: zhoršení stavu, progresse bércových vředů

Oddělení: Interní oddělení

Den pobytu: 4

Sociální situace: Pacientka žije sama v bytě v prvním patře bytového domu bez výtahu.

Je starobní důchodce, dříve šička. Pacientka je vdova a má dvě dospělé děti. Kontaktní osobou je její syn V.Č.

Lékařské diagnózy: 1) ICHDK

2) Ateroskleróza II. Stupně

3) Arteriální hypertenze

4) Ulcus cruris bilaterálně

5) Osteoarthrosa II-III. stupně

5.1 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU

Hlava: mezocefalická, volně pohyblivá, nebolestivá, zornice isokorické, skléry anikterické, chrup umělý kompletní, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký, růžový, sliznice s mírnými projevy dehydratace.

Krk: tonzily nezvětšené, štítná žláza nehmatná, krční uzliny nehmatné

Hrudník: symetrický, dýchání čisté, sklípkové

Břicho: měkké, prohmatné, nebolestivé

Končetiny: horní končetiny bez otoků, pohyblivé, dolní končetiny oteklé od prstů ke kolenům, otoky symetrické, na obou dolních končetinách defekty (bércové vředy) na levé noze defekt o velikosti 2x8cm, na pravé noze je velikost defektu 10x12cm, zhoršená pohyblivost dolních končetin, pacientka se sama nepostaví, i s oporou stojí velmi nejistě.

Genitál: zaveden PK, okolí klidné bez známek infekce

Fyziologické funkce: TK: při přijetí: 130/90

nyní: 125/60

P: při přijetí: 78´

nyní: 80´

TT: při přijetí: 36,8°C

nyní: 36,9°C

Invaze: Periferní žilní vstup zaveden na předloktí levé horní končetiny dnes druhý den. Okolí klidné, bez známek infekce.

Permanentní močový katetr zaveden 4. den. Bez známek infekce a zcela průchodný.

Jiné invazivní vstupy nejsou zavedeny.

Ordinace lékaře: Léky a infuze: viz kapitola terapie

Rehabilitace: nácvik chůze, sed, stoj

Převazy: 1x za dva dny, užívat, vlhké hojení – SUPRASORB G + sterilní krytí, před převazem ránu osprchovat, při změně vzhledu rány informovat lékaře.

5.2 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE M. GORDONOVÉ rozpracována do NANDA II diagnostických domén

5.2.1 PODPORA ZDRAVÍ

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako mírně narušený. Pro udržení zdraví se snaží o sebe starat sama. Chodí ven jen na nákup, ale o domácnost se stará sama. V posledním roce prodělala recidivu bércových vředů a teď poruchy chůze, ale jinak vážněji nestonala. Lékařská doporučení se snaží dodržovat důsledně. Při objevení současných obtíží se snažila je překonat. K lékaři jít nechtěla, ale když přišel syn na návštěvu, tak zavolal záchranku, která pacientku odvezla do nemocnice.

Oš. Problém: 0

5.2.2 VÝŽIVA

Stav výživy je přiměřený. BMI= 23,8 – normální hmotnost Pacientka v poslední době váhu nezměnila. Chut' k jídlu jí nikdy nechyběla, ale v posledních dnech

před hospitalizací ji poněkud ztratila. Málo jedla i pila. Stravu přijímá per os, dieta číslo 3 – racionální strava. Forma stravy je normální. Žádnou poruchu polykání nemá. Chrup umělý, kompletní. Typický denní příjem potravy je 3x až 4x denně menší porce různorodé potravy. Pacientka přijme za 24 hodin asi 1 litr tekutin. Má na pokoji k dispozici čaj a rodina jí nosí ochucené vody. Sama preferuje vodu, ale čaj si občas taky dá. Kožní turgor fyziologický, sliznice mírně suché. Vlasy čisté, jemné, nehty krátké, čisté.

Oš. Problém: snížený příjem tekutin

5.2.3 VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA

Pacientka má zaveden permanentní močový katétr z důvodu celkové inkontinence. Pacientka uvádí, že tento problém se u ní vyskytl až v posledních několika dnech. Moč je čirá, bez příměsí, fyziologické barvy. Pacientka se vyprazdňuje na podložní míse. S vyprazdňováním doma neměla žádné problémy, ale nyní v nemocnici má problémy se zácpou. Vyprazdňuje se jednou za 2 až 4 dny. Barva stolice je fyziologická, konzistence je velmi tuhá. Stolica je bez příměsí.

Oš. Problém: zácpovitá stolice, močová inkontinence,

5.2.4 AKTIVITA –ODPOČINEK

Pacientka spí doma klidně celou noc, v nemocnici jí budí bolesti dolních končetin. Přes den někdy spí, protože je velmi unavená. Pacientka se v poslední době cítí poněkud oslabená, nemá životní sílu jako dřív a je rychleji unavená. Tělesnou aktivitu hodně omezila, především z důvodu rychlé únavy a omezení pohyblivosti díky bolestí. Vlastní potřeby si dokáže plnit sama, s domácností se snaží pomáhat syn se snachou. Po převozu do nemocnice má velký strach z pohybu, bojí se pádu a zranění. Potřebuje dopomoc téměř při všech denních činnostech, sama se nají a napije. Prevencí imobilizačního syndromu je rehabilitace a vysazování do křesla, při pobytu v leže polohování. Užívá kompenzační pomůcky, v lůžku hrazdičku a při pohybu mimo lůžko vozík. Vzhledem ke strachu z pádu jsou pacientce na noc dávány do lůžka zábrany, které chrání před pádem. Úroveň soběstačnosti ve škále 1-5 je 4 – potřebuje úplný dohled. Obě dolní končetiny jsou oteklé od prstů až ke kolenům. Kůže je napjatá a má

tmavší barvu. Obvod pravé dolní končetiny v lýtku je 50 cm a levé dolní končetiny v lýtku je 49 cm.

Oš. Problém: poruchy hybnosti, poruchy soběstačnosti, únava, otoky.

5.2.5 VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Pacientka je v plném vědomí. Hůře slyší na obě uši, naslouchátka nepoužívá. Pacientka nosí brýle na dálku, počet dioptrií si nepamatuje. Řeč je plynulá, kontakt udržuje pacientka otevřený. Pacientka je orientována v místě prostoru a osobě, plete si časové údaje, ale nijak významně. Ví však který je rok. Její krátkodobá paměť je mírně porušená, dlouhodobá paměť je v pořádku. Pozornost udrží stále. Styl učení byl asi logický, ale už si to nepamatuje, dlouho se nic neučila. Pacientka nosí brýle na čtení. Pacientka komunikuje velmi otevřeně. Postoj i mimika je otevřená velmi výrazná.

Minimental test dle Gaida: 9 bodů – nejedná se o zmatenost

Oš. Problém: 0

5.2.6 VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

Pacientka se cítí být optimistkou, ale v nemocnici trpí dle svých slov strachem a únavou. Málo si důvěřuje především při pohybu. Je dle svého názoru totiž málo zručná a nemá tolik síly, aby se udržela na nohou. Se svým vzhledem je spokojená. Někdy bývá nervózní, a to především před příchodem lékaře a když jí mají něco dělat.

Oš. Problém: 0

5.2.7 VZTAHY

Pacientka bydlí sama v bytovém domě. Syn s rodinnou bydlí nedaleko a několikrát týdně chodí pacientce pomáhat. Má ještě jednoho syna, ale ten bydlí v Praze, a tak nenavštěvuje pacientku tak často. Rodinné problémy nemají, když se přece jen nějaký vyskytne, vždy se řeší v klidu rozhovorem. Když syn přišel a zjistil, že nemůže pacientka moc chodit, hned zavolal záchranku, která ji odvezla do nemocnice. Chodí sem za ní tak jednou nebo dvakrát v týdnu buď syn nebo snacha a nosí jí to,

co potřebuje. Pacientka je důchodkyně, vdova. Manžel zemřel před pěti lety na karcinom střeva. Kdyby neměla děti, tak zůstane nejspíš úplně sama, má totiž jen jednu kamarádku, která se už taky špatně pohybuje a tak se skoro nevidají. Pacientka se chová vstřícně a přátelsky.

Oš. Problém: 0

5.2.8 SEXUALITA

Pacientka menstruovala od svých 13 let, menstruace byla mírně bolestivá, pravidelná, cyklus asi 27 dní. Pacientka přišla do přechodu ve 40 letech. Přechod proběhl bez větších obtíží. V mládí prodělala tři těhotenství, ale jedno skončilo samovolným potratem, nejspíš z důvodu velkého poškození plodu. Antikoncepci neužívala, dvakrát měla zavedeno nitroděložní tělísko. Od přechodu byla u gynekologa jen jednou, předtím chodila pravidelně jednou za rok na kontroly.

Oš. Problém: 0

5.2.9 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

Pacientka udává, že napětí nikdy příliš nepocítovala, ale co leží v nemocnici má strach z pádu a zranění a je tedy nervózní velmi často. Snaží se o svém strachu mluvit a sestry jí vždy ochotně odpovídají a tak se napětí vždy na chvíli potlačí, ale pak přijde nějaký výkon, který pacientku vždy opět rozruší. Pacientka je citlivá a úzkostná. Když je hodně rozrušená, musí někdy požádat o prášek na spaní, po kterém se alespoň trochu vyspí. Při zvládání stresových situací jí také hodně pomáhá rodina, především syn. Doma je pacientka sama, ale o domácnost se už nedokáže postarat. I o tomto problému již mluvila jak se svým synem, tak i se sociální pracovnící. Společně se již dohodli, že pacientka půjde po propuštění do domova pro seniory, což jí uklidnilo, jelikož se bála, že to doma nezvládne. V posledních dvou letech prožila jen jednu velkou změnu a to, že k ní kamarádka přestala chodit na návštěvy.

Oš. Problém: velká nervozita

5.2.10 ŽIVOTNÍ PRINCIPY

Pacientka byla vychovaná a katolické rodině. Sama v boha věří, ale v kostele byla naposledy jako mladá. V nemocnici nepotřebuje ani duchovního ani kostel nebo kapli. Na první místo v hodnotách by pacientka zařadila rodinu, na druhé pak zdraví, dále peníze, protože bez těch nic nefunguje, na další místo řadí záliby, pak práci, jelikož už nepracuje, ale práce je důležitá. Cestování a víru by pacientka zařadila na stejnou úroveň a nakonec řady a to především z důvodu, že cestovat nemusí a ví, že svět je krásný a stejně tak nemusí chodit do kostela a být křesťan a přesto ví, že bůh existuje. A ani jedna tahle skutečnost není pro život důležitá.

Oš. Problém: 0

5.2.11 BEZPEČNOST – OCHRANA

Pacientka má zaveden permanentní močový katetr. Je zaveden 4. den. Okolí je klidné, bez známek infekce. Dále je zaveden periferní žilní vstup na předloktí levé horní končetiny. Je zaveden 2 den. Okolí je klidné bez známek infekce. Kožní turgor je fyziologický, sliznice jsou mírně suché. Pokožka je v okolí sakra mírně zarudlá. Na obou dolních končetinách bércové vředy, na levé dolní končetině defekt o velikosti 2x8 cm a na pravé dolní končetině 10x12 cm. Tělesná teplota je fyziologická. Chrup je umělý, kompletní. Pacientka se sama nepohybuje. Bojí se pádu.

Zjištění rizika pádu: 6 bodů – zvýšené riziko

Zjištění rizika vzniku dekubitů dle Nortonové: 20 bodů – zvýšené riziko vzniku dekubitů

Oš problém: riziko infekce, riziko pádu, riziko imobilizačního syndromu, porucha kožní integrity

5.2.12 KOMFORT

Pacientka trpí akutní bolestí dolních končetin z důvodu oboustranných bércových vředů. Bolest vnímá přiměřeně. Intenzitu bolesti hodnotí pacientka na pětistupňové stupnici číslem 3. Bolestí trpí již delší dobu, bolest se horší při pohybu. Také trpí

chronickou bolestí kolen. Touto bolestí trpí pacientka již několik let. Intenzita bolesti je nyní 2 v klidu, 3 při pohybu (VAS 0-5)

Ze sociální stránky se bojí propuštění, jelikož se sama o sebe již nedokáže postarat a i když syn ji často navštěvuje, sama doma to již nezvládne. O tomto problému hovořila se svým synem a se sociální pracovnící nemocnice. Oba doporučili překlad do domova pro seniory. Sama s tím souhlasí a je ráda, že se to vyřešilo.

Oš. Problém: akutní bolest dolních končetin 3 (VAS0-5), chronická bolest kolen 2-3 (VAS0-5)

5.2.13 RŮST/VÝVOJ

Pacientka měří pokud si dobře pamatuje 175 cm a váží 73 kg. Z důvodu nemožnosti stání není měření přesné. Naměřeno 170cm. Prospívá velmi dobře. Pacientka je bez růstových anomálií. Tělesně i duševně odpovídá svému věku.

5.3 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH PROBLÉMŮ

1. snížený příjem tekutin
2. zácpovitá stolice
3. poruchy hybnosti
4. močová inkontinence
5. poruchy soběstačnosti
6. strach
7. akutní bolest
8. chronická bolest
9. únava
10. riziko infekce
12. otoky

5.4 SOUHRN OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

1. 00132 Akutní bolest v oblasti bérců obou dolních končetin z důvodu bércových vředů projevující se intenzitou st.č. 3 (VAS 0–5), verbálními stížnostmi, vyhýbáním se pohybu, bolestivou mimikou, vyžádáním si analgetik a zhoršenou kvalitou spánku.
2. 00046 Porušená kožní integrita v souvislosti se změnami periferní cirkulace krve projevující se nehojícími se ranami (bércové vředy) na LDK o velikosti 2x8 cm, na PDK o velikosti 10x12 cm a zvýšenou citlivostí.
3. 000133 Chronická bolest z důvodu artrózy projevující se zhoršením pohybu dolních končetin, udáváním bolesti st. č. 2 v klidu a st. č. 3 při pohybu (VAS 0-5), obavami z pohybu a omezením tělesné aktivity.
4. 00108, 00109, 00110 Deficit sebezpečí při koupání a hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku, vyprazdňování v souvislosti s omezenou pohyblivostí, vysokým věkem projevující se zvýšenou závislostí, potřebou pomoci při některých denních činnostech, stížnostmi na vlastní neschopnost sebezpečí v uvedených činnostech a stupněm závislosti č. 4 – potřebuje úplný dohled (škála 1-5).
5. 00024 Neefektivní tkáňová perfúze (typ periferní) z důvodu ischemických změn na dolních končetinách projevující se otoky dolních končetin od prstů ke kolenům (lýtka pravé dolní končetiny 50 cm a lýtka levé dolní končetiny 49 cm), napjatou kůží na dolních končetinách a změnou barvy kůže (tmavá).
6. 00148 Strach ze zhoršující se bolesti a možného pádu projevující se neochotou spolupráce při rehabilitaci, nervozitou při pohybu a stížnostmi na problém.
7. 00021 Úplná inkontinence moče z důvodu snížení svalového tonu pánevního dna (vyšší věk pacientky) projevující se neustálým neuvědomělým odchodem moče.
8. 00027 Deficit tělesných tekutin z důvodu snížené potřeby příjmu tekutin projevující se mírně suchými sliznicemi, příjmem tekutin maximálně 1 litr denně.
9. 00093 Únava z důvodu ztráty životní síly a neschopnosti načerpat energii spánkem projevující se sníženým výkonem a nárůstem potřeby odpočinku přes den.

10. 00011 Zápcha z důvodu nedostatečného příjmu tekutin, nedostatku pohybu a narušení zvyklostí projevující se nepravidelným vylučováním velmi tuhé stolice a potřebou občasného užití projímadla.
11. 00004 Riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru, žilní kanyly a bércových vředů.
12. 00040 Riziko imobilizačního syndromu z důvodu omezené hybnosti a snížené soběstačnosti.
13. 00155 Riziko pádu z důvodu omezení pohyblivosti, snížené svalové síly v nohou a obavami z pohybu.

5.5 PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

A) 00132 AKUTNÍ BOLEST v oblasti bérců obou dolních končetin z důvodu bércových vředů projevující se intenzitou st.č. 3 (VAS 0-5), verbálními stížnostmi, vyhýbáním se pohybu, bolestivou mimikou, vyžádáním si analgetik a zhoršenou kvalitou spánku.

CÍL: Pacientka nepocítuje bolest.

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka aktivně zaujímá vhodnou úlevovou polohu do 3 hodin

Pacientka udává zlepšení bolesti o jeden stupeň do 2 dnů

Pacientka udává zlepšení spánku do 2 dnů

Pacientka nepocítuje obavy ze zhoršující se bolesti do 3 dnů

Pacientka aktivně rehabilituje do 3 dnů

INTERVENCE:

1. všiměj si pacientčiny reakce na bolest pravidelně – primární sestra
2. zaveď denník bolesti a pravidelně zaznamenávej vývojovou křivku bolesti – primární sestra
3. věnuj pozornost všem projevům bolesti vždy – ošetřující personál
4. pravidelně sleduj projevy pacientky – ošetřující personál
5. pravidelně sleduj vitální funkce – primární sestra

6. zajisti pacientce vždy dostatek času tak, aby mohla vykonávat veškeré činnosti bez bolesti – ošetřující personál

7. zacházej s pacientkou opatrně a s respektem vždy – ošetřující personál

8. doporuč pacientce vhodné relaxační a rehabilitační činnosti ihned – primární sestra

9. pokus se společně s pacientkou najít vhodnou úlevovou polohu ihned – primární sestra

10. dodržuj hygienu a čistotu prostředí vždy – ošetřující personál

11. podávej léky dle ordinace lékaře – primární sestra

12. ošetřování rány prováděj vždy sterilně a s opatrností – ošetřující personál

REALIZACE:

Po dobu mé péče jsem si všímala reakce pacientky na bolest při manipulaci s ní a při všech procedurách. Také jsme společně s pacientkou zaznamenávaly do deníku bolesti její vývoj. Pravidelně jsme sledovali fyziologické funkce pacientky a zaznamenávali je do dokumentace. Úlevovou polohu jsme hledaly. S pacientkou bylo zacházeno opatrně a na všechny aktivity byl vždy dostatek času tak, že se pacientka nebála dělat některé úkony sama. K pacientce pravidelně docházela rehabilitační pracovnice. Pacientka byla vždy v čistém prostředí. O rány bylo vždy pečováno s opatrností a převazy byly prováděny přísně sterilně. Léky byly podávány dle ordinace lékaře

HODNOCENÍ:

Pacientka udává snížení bolesti o jeden stupeň po 3 dnech. U pacientky se snížil strach z bolesti. Pacientka našla vhodnou úlevovou polohu se zvýšenými dolními končetinami. Pacientka aktivně rehabilituje po dvou dnech. Pacientka udává zlepšení spánku po třech dnech.

B) 00046 PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA v souvislosti se změnami periferní cirkulace krve projevující se nehojícími se ranami (bércové vředy) na LDK o velikosti 2x8 cm, na PDK o velikosti 10x12 cm a zvýšenou citlivostí

CÍL: Pacientka má fyziologickou kožní integritu.

PRIROTA: střední

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

Pacientka zná a chápe význam vhodné stravy bohaté na bílkoviny a vitamíny do 2 hodin

Pacientka používá vhodné hygienické návyky do 24 hodin

Pacientka udává zmenšení citlivosti do týdne

Pacientka má viditelné známky hojení do týdne

Pacientka má bércové vředy bez projevů infekce do propuštění

INTERVENCE:

1. převazuj rány vždy sterilně dle ordinace lékaře – primární sestra
2. pravidelně hodnot' vzhled a velikost ran – primární sestra
3. zaveď přesnou dokumentaci rány (pokud to bude možné fotodokumentaci) – primární sestra
4. dbej na správnou výživu pacientky a také na dostatečný příjem tekutin vždy – ošetřující personál
5. ber v úvahu pocity pacientky (strach, bolest, stud) a snaž se jim předcházet vždy – ošetřující personál
6. dbej na správnou a důkladnou hygienu pacientky pravidelně – ošetřující personál
7. posuzuj pacientku komplexně, o případných změnách informuj lékaře ihned – ošetřující personál
8. udržuj ránu, její okolí a lůžko v čistotě a suchu vždy – ošetřující personál
9. zajisti rehabilitaci pacientky – rehabilitační pracovnice
10. vysvětli pacientce i její rodině nutnost dodržování léčby i v domácím prostředí – primární sestra
11. pozorně naslouchej pacientce a buď ji vždy psychickou oporou – ošetřující personál
12. povzbuzuj pacientku při snaze o zlepšení svého stavu vždy – ošetřující personál
13. spolupracuj se všemi členy ošetřovatelského týmu i s rodinou pacientky vždy – primární sestra

REALIZACE:

Rány byly převazovány vždy sterilně. Vzhled a velikost ran byla pravidelně hodnocena a zaznamenávána do dokumentace. Fotografování bohužel nebylo pacientkou povoleno. Pacientka dostávala stravu bohatou na bílkoviny, vápník a vitamíny. Také byla pacientka poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Rodina pacientce pravidelně nosila různé druhy tekutin, které pacientce chutnaly a tím bylo docíleno většího příjmu tekutin. U pacientky byla pravidelně dodržována hygiena. Každý druhý den se pacientka sprchovala a každý den se umývala v lůžku. Bylo dbáno na to, aby byla rána a její okolí vždy v čistotě. K pacientce pravidelně docházela

rehabilitační pracovnice, která pečovala o pravidelný pohyb pacientky. My jsme pacientku vždy odpoledne vysazovaly k televizi do křesla. Rodině pacientky bylo vysvětleno, jak je dodržování léčby důležité. Na pacientku měl personál vždy dostatek času a tak se snažil o psychickou oporu pacientky a její podporu v samostatnosti.

HODNOCENÍ:

Rány mají projevy epitelizace. Pacientka udává snížení bolestivosti a citlivosti. Rány nemají projevy infekce, jsou však zmenšeny jen nepatrně. Na pravé dolní končetině vřed velikosti 10x11cm a na levém lýtku velikost 2x6,5 cm.

C) 00133 CHRONICKÁ BOLEST z důvodu artrózy projevující se zhoršením pohybu dolních končetin, udáváním bolesti st. č. 2 v klidu a st. č. 3 při pohybu (VAS 0-5) a strachem z pohybu

CÍL: Pacientka nepociťuje zhoršení bolesti

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka aktivně zaujímá úlevovou polohu do 2 dnů

Pacientka umí správně rehabilitovat do 3 dnů

Pacientka používá vhodné kompenzační pomůcky do týdne

Pacientka využívá pohybu dle svých maximálních možností do týdne

INTERVENCE:

1. zjistí přesnou charakteristiku bolesti, co bolest vyvolává a co ji zlepšuje ihned – primární sestra
2. ved' přesnou dokumentaci o bolesti pravidelně – primární sestra
3. všíměj si průvodních projevů bolesti (mimika, strach, nervozita...) vždy – ošetřující personál
4. vezmi v úvahu užívání analgetik v domácím prostředí a případný návyk na ně ihned – primární setra
5. posuzuj projevy bolesti objektivně vždy – ošetřující personál
6. spolupracuj s rehabilitační pracovnicí vždy – primární sestra
7. podávej léky dle ordinace lékaře vždy – primární sestra
8. podněcuj pacientku, aby sama aktivně rehabilitovala pravidelně – ošetřující personál

9. prováděj spolu s pacientkou nácvik správného stoje a pohybu s kompenzační pomůckou pravidelně – primární sestra

10. pouč pacientku o správných technikách nácviku soběstačnosti a pohyblivosti ihned – rehabilitační pracovník

11. při bolestivých aktivitách se snaž odvádět pozornost pacientky od bolesti vždy – ošetřující personál

12. spolupracuj s rodinou pacientky a celým zdravotnickým týmem vždy – primární sestra

REALIZACE:

Byla zavedena dokumentace o vývoji bolesti. Pravidelně jsme do ní zapisovaly vývoj bolesti. Pacientka se naučila zvládat svou bolest a včas na ni upozornit. Pacientka v domácnosti užívala dlouhodobě Ibalgin na bolest a tak po informování lékaře jí byla nasazena účinnější analgetika. K pacientce pravidelně dochází rehabilitační pracovnice, která s ní procvičuje dolní končetiny a správný pohyb v kolenou. Pacientka se naučila některé cviky provádět sama. Při různých cvicích jsme se snažily vždy o odvádění pozornosti od bolesti. S rodinou jsme hovořily o procvičování dolních končetin i v domácím prostředí.

HODNOCENÍ:

Pacientka se naučila některé cviky podle rad rehabilitační pracovnice. Také si našla svou úlevovou polohu, mírně elevované končetiny s pokrčenými koleny. Pacientka se pohybuje s menším strachem, sama se posadí. S oporou chodítka a rehabilitační pracovnice chodí po pokoji. Pacientka udává zlepšení pohybu a snížení bolesti v klidu. Snížení však není nijak výrazné.

D) 00108, 00109, 00110 DEFICIT SEBEPÉČE PŘI KOUPÁNÍ A HYGIENĚ, OBLÉKÁNÍ A ÚPRAVĚ ZE VNĚJŠKU, VYPRAZDŇOVÁNÍ v souvislosti s omezenou pohyblivostí, vysokým věkem pacientky projevující se zvýšenou závislostí, potřebou pomoci při některých denních činnostech, stížnostmi na vlastní neschopnost sebezpečí v uvedených činnostech a stupněm závislosti č. 4 – potřebuje úplný dohled (škála 1-5)

CÍL: Pacientka je soběstačná v maximální možné míře

PRIORITA. střední

VÝSLEDNÁ KRITÉRIA:

Pacientka umí používat vhodné pomůcky k zvládnutí hygieny do 3 dnů

Pacientka si sama umyje horní polovinu těla do 4 dnů

Pacientka se s pomocí sestry dokáže obléct a upravit do 5 dnů

Pacientka udává zlepšení sebeděče do týdne

INTERVENCE:

1. informuj pacientku o možnostech kompenzačních pomůcek při sebeděči (pokojový klozet, chodítko a další...) ihned – primární sestra
2. všiměj si psychického stavu pacientky průběžně (úroveň myšlení, psychické poruchy) – ošetřující personál
3. spolupracuj s rodinou pacientky vždy – primární sestra
4. snaž se o aktivní spolupráci pacientky při sebeděči vždy – ošetřující personál
5. zapojuj pacientku do plánování rehabilitace a nácviku sebeděče vždy – primární sestra
6. vždy vyslechni pacientčiny připomínky k péči a snaž se jim vyhovět – ošetřující personál
7. dbej na dodržování rehabilitačního plánu vždy – rehabilitační pracovník
8. dopřej pacientce vždy dostatek času při nácviku sebeděče – ošetřující personál
9. dávej pacientce vždy jen splnitelné úkoly, postupuj od nejjednodušších ke složitějším – primární sestra
10. při nadměrné únavě doporuč pacientce vhodné odpočinkové aktivity – primární sestra
11. podávej léky dle ordinace lékaře (především analgetika) – primární sestra
12. pravidelně hodnot míru sebeděče – primární sestra
13. dbej na to, aby pacientka dodržovala stanovený léčebný režim vždy – ošetřující personál
14. pokud to bude nutné zařid' pacientce domácí péči – primární sestra případně lékař
15. dbej na bezpečné prostředí při nácviku sebeděče vždy – ošetřující personál
16. v případě nutnosti nabídni rodině umístění pacientky do ústavní péče (LDN, domov důchodců či domov s pečovatelskou službou) před propuštěním – sociální pracovník či primární sestra

REALIZACE:

Pacientka byla poučena o možnostech využití pomůcek při sebeobsluze. Při ošetřování pacientky bral personál ohled na pacientčin psychický stav. Pacientka

aktivně spolupracovala při rehabilitaci a nácviku sebezpečí i při jejím plánování. Pacientka měla na nácvik sebezpečí vždy dostatek času. Vytyčené cíle nácviku se nám dařilo plnit a byly tedy stanoveny reálně. Pacientka se naučila správně odpočívat, četla, koukala na televizi a snažila se spát především v noci. Léky byly pacientce podávány dle ordinace lékaře. Domácí péče nebyla pacientce vzhledem k plánovanému překladi do domova pro seniory zařizována.

HODNOCENÍ:

Pacientka si umyje sama horní polovinu těla. Pacientka se zároveň na lůžku sama pohybuje. Postavit se zatím dokáže jen s pomocí. S pomocí personálu se pacientka obleče a upraví. Stupeň soběstačnosti 3 – potřebuje pomoc, pomůcky (1-5)

E) 00024 NEEFEKTIVNÍ TKÁŇOVÁ PERFUZE (typ periferní) z důvodu ischemických změn na dolních končetinách projevující se otoky dolních končetin od prstů ke kolenům (lýtka pravé dolní končetiny 50 cm a lýtka levé dolní končetiny 49 cm), napjatou kůží na dolních končetinách, změnou barvy kůže (tmavá)

CÍL: pacientka má funkční tkáňovou perfuzi s ohledem k věku a zdravotnímu stavu

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka zná a chápe význam veškerých preventivních opatření zabraňujících dalšímu rozvoji otoků do 2 hodin

Pacientka zná a umí rozpoznat nežádoucí účinky antikoagulační léčby do 4 hodin

Pacientka zná a umí používat vhodné rehabilitační cviky dolních končetin do 12 hodin

Pacientka udává zmenšení napětí v dolních končetinách do 4 dnů

INTERVENCE:

1. zaveď si dokumentaci otoků ihned – primární sestra
2. dle indikace měř velikost a rozsah otoků a zaznamenávej změny – primární sestra
3. sleduj kvalitu pulzu, barvu kůže a teplotu dolních končetin pravidelně – primární sestra
4. pravidelně sleduj laboratorní výsledky (koagulační parametry, krevní obraz) – primární sestra
5. edukuj pacientku o nevhodnosti nošení těsného a škrtícího oblečení ihned – primární setra

6. elevuj dolní končetiny rovnoměrně podložené dle ordinace lékaře – primární sestra

7. edukuj pacientku o vhodné rehabilitaci dolních končetin na lůžku ihned – primární sestra

8. zajisti zvýšenou polohu dolních končetin na noc – primární sestra

9. podávej léky dle ordinace lékaře – primární sestra

10. použivej vhodný převazový materiál vždy – primární sestra

11. dávej pozor na přílišnou kompresi dolních končetin vždy – ošetřující personál

12. v případě zhoršení stavu ihned informuj lékaře – primární sestra

13. spolupracuj s rodinou pacientky a s celým zdravotnickým týmem vždy – primární sestra

REALIZACE:

Byla zavedena pravidelná dokumentace otoků, a ty byly pravidelně hodnoceny. Léky byly podávány dle ordinace lékaře. Rány byly převazovány pravidelně, včas a za přísné sterility. Také bylo vždy dbáno na správnou kompresi dolních končetin. Celý zdravotnický tým dostatečně spolupracoval a bylo spolupracováno i s rodinou pacientky.

HODNOCENÍ:

Otoky se zmenšily na pravé dolní končetině o 0,5 cm a na levé dolní končetině o 1 cm. Pacientka cítí menší napjetí v dolních končetinách. Končetiny barvu nezměnily.

F) 00148 STRACH ze zhoršující se bolesti a možného pádu projevující se neochotou spolupráce při rehabilitaci, nervozitou při pohybu a stížnostmi na problém

CÍL: pacientka neprojevuje známky strachu

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka chápe nutnost pohybu pro svou rychlou rekonvalescenci do 2 hodin

Pacientka projevuje větší jistotu do 1 dne

Pacientka aktivně spolupracuje při rehabilitaci do 2 dnů

Pacientka popisuje snížení strachu do týdne

INTERVENCE:

1. hodnot' pacientčiny pocity pravidelně – ošetřující personál

2. všiměj si jejích reakcí jak verbálních, tak i neverbálních vždy – ošetřující personál
3. vždy vysvětli pacientce co a proč budeš dělat a co přesně má udělat ona – ošetřující personál
4. myslí při ošetřování pacientky na její smyslové vady – ošetřující personál
5. spolupracuj s rodinou pacientky vždy – primární sestra
6. buď pacientce vždy oporou nejen fyzickou, ale především psychickou – primární sestra
7. vždy pacientce pozorně naslouchej, na její dotazy odpovídej jednoduše a srozumitelně – ošetřující personál
8. udělej si na pacientku vždy dostatek času a snaž se ji zbytečně nestresovat – ošetřující personál
9. vysvětli pacientce nutnost pohybu a rehabilitace ihned – primární sestra
10. doporuč pacientce vhodné pomůcky při pohybu (chodítka, berle, podávání analgetik a další) ihned – primární sestra
11. spolupracuj s rehabilitační pracovnící a s dalšími členy zdravotnického týmu vždy – primární sestra
12. podávej léky dle ordinace lékaře (analgetika...) vždy – primární sestra
13. pravidelně hodnot' společně s pacientkou míru strachu, spouštěcí faktory a společně nalézejte nejlepší způsoby, jak strachu zabránit – primární sestra

REALIZACE:

K pacientce se veškerý personál choval velmi vlídně a vždy si na ni dělal dostatek času. Rodina pacientky byla upozorněna na strach a obavy pacientky. Rodina s námi spolupracovala a řekla nám, co pacientce v boji se strachem pomáhá doma. Pacientka pochopila nutnost rehabilitace a správného nácviku sebepéče a sama se do těchto aktivit zapojila. K pacientce pravidelně docházela rehabilitační pracovníce, která s pacientkou spolupracovala při nácviku hybnosti a snažila se ji naučit správné pohyby pro předcházení bolesti a tím i strachu. Léky byly podávány dle ordinace lékaře. Míru strachu jsme společně s pacientkou pravidelně hodnotily.

HODNOCENÍ:

Pacientka chápe nutnost pohybu a rehabilitace a aktivně při ní spolupracuje. Strach pociťuje jen při vertikalizaci, chůze s pomocí chodítka jí jde velmi dobře. Bolest však stále pociťuje a tak se pohybu stále trochu obává.

G) 00021 ÚPLNÁ INKONTINENCE MOČE z důvodu snížení svalového tonu pánevního dna (vyšší věk pacientky) projevující se neustálým neuvědomělým odchodem moče

CÍL: Pacientka má zachovalou kontinenci s ohledem k věku a zdravotnímu stavu

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka chápe příčiny své inkontinence do 2 hodin

Pacientka zná různé pomůcky pro inkontinentní do 2 hodin

Pacientka ví, jak může inkontinenci ovlivnit a umí některé z těchto prostředků používat do 2 dnů

INTERVENCE:

1. zjistí, zda si je pacientka své inkontinence vědoma ihned – primární sestra
2. vysvětlí pacientce příčiny jejího úniku moče ve spolupráci s lékařem ihned – primární sestra
3. pokus se zjistit za jakých okolností moč uniká, jestli nejsou nějaké průvodní známky úniku moče ihned – primární sestra
4. pokus se společně s pacientkou nalézt vyprazdňovací návyky, které by jí pomohly v nácvičku samostatného močení (močení každé 2 hodiny, pití v pravidelných intervalech...) – primární sestra
5. měj s pacientkou vždy dostatek trpělivosti a chovej se k ní vždy vlídně – ošetřující personál
6. spolupracuj s rodinou pacientky vždy – primární sestra
7. dbej na dostatečný příjem tekutin vždy – ošetřující personál
8. zaznamenávej pravidelnost úniku moče pravidelně – ošetřující personál
9. pečuj pečlivě o kůži pacientky především v okolí ústí močové trubice vždy – ošetřující personál
10. pouč pacientku o nutnosti dodržování pravidelného režimu (včasné močení, hojný přísun tekutin přes den, dvě až tři hodiny před spaním žádné tekutiny) ihned - primární setra
11. pouč pacientku o možnosti používání různých inkontinenčních pomůcek (vločky, pleny...) ihned – primární sestra
12. v případě nutnosti ponechání katetru i při propuštění pouč pacientku o správné péči o něj – zvýšená hygiena, proplachy, včasné výměny – primární sestra

REALIZACE:

Pacientce byl zaveden permanentní močový katetr. Pacientka byla poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Pacientka byla poučena o různých inkontinenčních pomůckách. Bylo jí také vysvětleno, proč vlastně permanentní katetr má a jaké jsou důvody samotné inkontinence. Také jsme pacientce vysvětlili, čeho si má všimnout a jaké jsou příznaky infekce tak, aby na ně mohla upozornit. Personál dbal na zvýšenou hygienu pacientky především v okolí ústí močové trubice.

HODNOCENÍ:

Pacientka měla již při mém příchodu zaveden permanentní močový katetr. Okolí močové trubice je klidné, bez známek infekce, katetr je průchodný, moč čirá, fyziologické barvy a bez příměsí. Pacientka byla poučena o příčinách inkontinence i o možnostech jak jí předcházet či zmenšit její následky.

H) 00027 DEFICIT TĚLESNÝCH TEKUTIN z důvodu snížené potřeby příjmu tekutin projevující se mírně suchými sliznicemi, příjmem tekutin maximálně 1 litr denně.

CÍL: Pacientka je dostatečně hydratovaná

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka chápe nutnost dostatečného příjmu tekutin do 2 hodin

Pacientka pije denně alespoň 2 litry tekutin do 2 dnů.

Pacientka nemá známky dehydratace do 3 dnů.

INTERVENCE:

1. dbej na to, aby měla pacientka vždy dostatek tekutin na dosah – ošetřující personál
2. pouč pacientku o nutnosti příjmu tekutin alespoň 2 litry denně a přesvědč se, že tomu pacientka opravdu rozumí ihned – primární sestra
3. pravidelně sleduj příjem tekutin a zaznamenávej ho – primární sestra
4. pravidelně hodnot' známky dehydratace – primární sestra
5. nabízej pacientce tekutiny průběžně – ošetřující personál
6. spolupracuj s rodinou pacientky vždy – primární sestra
7. umožni pacientce přísun jejích oblíbených tekutin s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu (dieta) vždy – primární sestra

REALIZACE:

Pacientka si pravidelně zapisuje příjem tělesných tekutin . Pacientka byla poučena o nutnosti dostatečného příjmu tekutin. Rodina zásobila pacientku tekutinami, které pacientka ráda pije. Příjem tekutin byl pravidelně hodnocen. Míra hydratace byla také pravidelně hodnocena.

HODNOCENÍ:

Pacientka chápe nutnost vyššího příjmu tekutin. Po 2 dnech vypije pacientka 1,5 litru tekutin. Cíl tedy splněn jen částečně. Kožní turgor je fyziologický a sliznice jsou vlhké.

I) 00093 ÚNAVA z důvodu ztráty životní síly a neschopnosti načerpat energii spánkem projevující se sníženým výkonem a nárůstem potřeby odpočinku přes den.

CÍL: Pacientka nepocítuje únavu

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka projevuje ochotu k aktivitě přes den do 12 hodin

Pacientka vykonává běžné činnosti a účastní se žádoucích aktivit v možné míře do 2 dnů

Pacientka se cítí méně unavená do týdne

INTERVENCE:

1. zhodnoť míru únavy ihned – primární sestra
2. při hodnocení ber v úvahu zdravotní stav pacientky – primární sestra
3. snaž se společně s pacientkou určit příčinu vyšší únavy a stanovit plán jak jí zabránit ihned – primární sestra
4. najdi pacientce vhodné denní aktivity, které jí nedovolí spát přes den vždy – primární sestra
5. spolupracuj s rodinou pacientky vždy – primární sestra
6. pomáhej pacientce při úkonech, které by jí mohly nadměrně vyčerpávat vždy – ošetřující personál
7. dbej na to, aby měla pacientka na dosah vždy pomůcky denní potřeby – primární sestra
8. dbej na to, aby pacientka měla v noci klid na spánek – primární sestra
9. dbej na vyváženost stravy a dostatečný příjem tekutin vždy – primární sestra

10. v případě nutnosti upozorni lékaře na problémy se spánkem a podávej léky dle jeho ordinací – primární sestra

REALIZACE:

Společně s pacientkou jsme našli přiměřené aktivity, které jí přes den zabavili a nutily jí méně spát. Rodina pacientce donášela časopisy, donesla jí do pokoje rádio. Pacientka byla pravidelně vysazována do křesla. Při náročnějších úkonech jsme pacientce pomáhaly tak, aby jí příliš nevyčerpávaly. V noci jsme se snažily, aby byl na pokoji dostatečný klid. Lékař byl upozorněn na problémy pacientky se spánkem. Léky však nutné nebyly.

HODNOCENÍ:

Pacientka našla vhodné denní aktivity. Velmi ochotně se do nich zapojovala. Účastní se běžných činností v maximální pro ni možné míře. Cítí se méně unavená, také přes den méně spí.

J) 00011 ZÁCPA z důvodu nedostatečného příjmu tekutin, nedostatku pohybu a narušení zvyklostí projevující se nepravidelným vylučováním velmi tuhé stolice a potřebou občasného užití projímadla

CÍL: Pacientka má fyziologické vyprazdňování

PRIORITA: střední

VÝSLEDNÁ KRITERIA:

Pacientka vylučuje stolicí fyziologické konzistence do 4 dnů

Pacientka udává zlepšení vyprazdňování do 4 dnů

Pacientka se pravidelně vyprazdňuje do 4 dnů

INTERVENCE:

1. společně s pacientkou zjistí, jaké jsou její vyprazdňovací návyky ihned – primární sestra
2. věnuj vždy pozornost vzhledu, konzistenci a pravidelnosti vyprazdňování stolice – ošetřující personál
3. veď o defekaci pravidelnou dokumentací – primární sestra
4. dbej na dostatečný příjem tekutin vždy – primární sestra
5. dbej na vyváženou stravu pacientky bohatou především na vlákninu vždy – primární sestra

6. pouč pacientku o nutnosti dostatku pohybu pro správnou funkci peristaltiky ihned – primární sestra

7. dbej na zvýšenou hygienu okolí konečníku a péči o něj (masti, krémy) – primární sestra

8. v případě nutnosti podej po konzultaci s lékařem klyzma, projímadlo či čípek – primární sestra

9. spolupracuj s rodinou pacientky – primární sestra

REALIZACE:

Pacientka vypije nyní 1,5 litru tekutin denně. Stravu přijímá dle své diety a dle dietní sestry. Pacientce byla naordinována Lactulosa 15 ml dle potřeby maximálně však 3xD. Po jednom dnu užívání Lactulosity se pacientka spontánně vyprázdnila. Defekace pacientky byla pravidelně hodnocena. Pacientka byla poučena o nutnosti dostatku pohybu. Bylo dbáno na pravidelnou zvýšenou hygienu okolí konečníku.

HODNOCENÍ:

Na konci mé péče udává pacientka úlevu. Vyprazdňuje se pravidelně 1x za 2 dny. Stolice je fyziologické barvy i konzistence. V okolí konečníku nevznikly žádné trhliny ani rány.

K) 00004 RIZIKO INFEKCE z důvodu zavedení permanentního močového katetru a žilní kanyly, bérkových vředů

CÍL: Pacientka nemá projevy infekce

PRIORITA: Nízká

INTERVENCE:

1. věnuj pozornost okolí ran a invazivních vstupů vždy – ošetřující personál
2. pouč pacientku o důvodech možnosti vzniku infekce ihned – primární sestra
3. vysvětlí pacientce jak vypadají první příznaky infekce a pouč jí o nutnosti o nich informovat sestru či lékaře ihned – primární sestra
4. sleduj i fyziologické funkce pacientky pravidelně – primární sestra
5. dbej na správné dodržování hygieny u pacientky pravidelně – primární sestra
6. dbej na čistotu pacientky a jejího okolí vždy – primární sestra
7. rány převazuj vždy sterilně – primární sestra
8. žilní kanylu pravidelně kontroluj a v pravidelných intervalech vyměňuj – primární sestra

9. okolí permanentního katetru správně ošetřuj a katetr v pravidelných intervalech vyměňuj – primární sestra

10. dbej na správnou rehabilitaci pacientky, která ovlivňuje i správné hojení ran vždy – primární sestra

11. dbej na správnou hydrataci a výživu pacientky vždy – primární sestra

12. podávej léky dle ordinace lékaře vždy – primární sestra

13. pouč pacientku o některých úkonech, které mohou infekci předcházet a pouč jí o nutnosti jejich dodržování ihned – primární sestra

14. pravidelně kontroluj pacientku, zda tyto postupy dodržuje (pitný režim, hygiena, přísun ovoce a zeleniny, přiměřená aktivita i odpočinek...) – primární sestra

15. spolupracuj z rodinou a celým zdravotnickým týmem vždy – primární sestra

16. o případných projevech infekce ihned informuj lékaře – primární sestra

RELIZACE:

Pacientka se naučila více pít. Rodina jí nosí dostatek ovoce i zeleniny, jelikož v nemocnici příliš této stravy nedostává. Hygienu dodržuje s pomocí personálu. Pacientce bylo vysvětleno jak infekce vzniká i jak se projevuje a byla poučena, že o případných známkách infekce má informovat sestru či lékaře. Pacientka pije denně 1,5 litru tekutin. K pacientce pravidelně dochází rehabilitační pracovnice. I sestry se snaží pacientku dostatečně aktivizovat.

HODNOCENÍ:

Po dobu mé péče se u pacientky žádné projevy infekce neobjevili.

L) 00040 RIZIKO IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU z důvodu omezené hybnosti a snížené soběstačnosti

CÍL. Pacientka nemá projevy imobilizačního syndromu

PRIORITA: nízká

INTERVENCE:

1. vysvětlí pacientce jaká rizika s sebou přináší dlouhodobá imobilizace ihned – primární sestra

2. dohlédni na správnou rehabilitaci pacientky a to jak dechové, tak i pohybové vždy – primární sestra

3. dohlédni na dodržování správného pitného režimu pacientky a na dostatek tekutin na pokoji vždy – primární sestra

4. dbej na správný příjem potravy bohaté na vlákninu a vitamíny vždy – primární sestra
5. dbej na dostatečnou hygienu pacientky a čisté prostředí pravidelně – primární sestra
6. pečuj o kůži pacientky pravidelně – primární sestra
7. kontroluj pravidelné vyprazdňování pacientky a v případě nutnosti informuj lékaře pravidelně – primární sestra
8. sleduj pravidelně možné projevy imobilizace – primární sestra
9. podporuj pacientku ve vlastní aktivitě vždy – ošetřující personál
10. mysl na pacientčin dobrý psychický stav vždy – primární sestra
11. buď pacientce vždy oporou – ošetřující personál
12. spolupracuj s rodinou pacientky a celým zdravotnickým týmem vždy – primární sestra

RELIZACE:

Pacientka chápe nutnost rehabilitace a sama se do ní aktivně zapojuje. Přijímá více tekutin a dostatek vitamínů, jejichž přísun zajišťuje rodina pacientky.

HODNOCENÍ:

Pacientka byla po dobu mé péče bez známek imobilizace.

M) 00155 RIZIKO PÁDU z důvodu omezení pohyblivosti, snížení síly v nohou a obavami z pohybu

CÍL: U pacientky je zabráněno pádu

PRIORITA: nízká

INTERVENCE:

1. pouč pacientku o nutnosti přiměřeného pohybu ihned – primární sestra
2. pouč pacientku o různých možnostech podpory při pohybu (chodítka, berle...) ihned – primární sestra
3. spolupracuj s rodinou pacientky a celým zdravotnickým týmem vždy – primární sestra
4. při pohybu buď pacientce vždy oporou nejen fyzickou, ale také psychickou – primární sestra
5. snaž se docílit co nejbezpečnějšího prostředí pro pohyb pacientky ihned a vždy – primární sestra

6. vezmi v úvahu věk i fyzický stav pacientky vždy – ošetřující personál

7. nauč pacientku používat některou z pomůcek pro pohyb do 2 hodin – primární sestra

REALIZACE:

Pacientka byla poučena o nutnosti přiměřeného pohybu. Pacientka se naučila používat chodítka pro usnadnění pohybu. Každý druhý den za ní dochází rehabilitační pracovnice, která s ní nacvičuje soběstačnost a pohyblivost. Při pohybu pacientky bylo zajištění bezpečné prostředí.

HODNOCENÍ:

Pacientka si po dobu mé péče nezpůsobila zranění. Pacientka udává zlepšení stavu a zmírnění strachu z pohybu.

6 DENNÍ PÉČE O PACIENTKU

O pacientku jsem se starala od 21.7. do 25.7. 2008. Následující kapitoly se věnují jednotlivým dnům péče a jejich specifikům.

6.1 DEN PRVNÍ – 21.7.

23. den hospitalizace. Byl proveden převaz obou dolních končetin – sprcha, koupel ve 2% roztoku hypermanganu. Poté aplikován Suprasorb G a sterilní krytí. Další převaz naplánován na 23.7. Ve 13:30 provedeno sonografické vyšetření dolních končetin dle Dopplera. Výsledek: nedomykavost chlopní povrchových žil, stenóza žil na ventrální straně obou bérců.

6.2 DEN DRUHÝ – 22.7.

24.den hospitalizace. Pacientka dnes bez převazu. Byla přítomna rehabilitační sestra, která s pacientkou nacvičovala stoj a chůzi v chodítku. Pacientka si při vizitě ztěžuje

na tuhou stolicí a problémy s vyprázdněním. Ordinována Laktulóza 2xDenně jedna lžice a denní diuréza tekutin.

6.3 DEN TŘETÍ – 23.7.

25. den hospitalizace. Při převazu přítomen chirurg. Provedena nekrektomie s dezinfekcí a následnou laváží chloraminem. Poté proved převaz s aplikací Suprasorbu G a lokální aplikací Iruxolu a sterilním krytím. Další převaz bude proveden 25.7. Chirurgem rána hodnocena jako zlepšená. Ordinovány mírně kompresivní bandáže obou dolních končetin. Pacientka udává zlepšení při vyprazdňování. Objektivně pozorujeme zlepšení pohybu především při hygieně a příjmu potravy. Pacientka se sama již posadí na lůžku s nohama dolů z postele.

6.2 DEN ČTVRTÝ – 24.7.

26. den hospitalizace. S pacientkou dnes opět rehabilitovala rehabilitační pracovnice. Pacientka chodila v chodítku po chodbě. Stěžovala si ale na větší bolesti obou dolních končetin. Po rehabilitaci podán Novalgin i.m. jednorázově. Odpoledne pacientka vysazena do křesla. Při přesunu pacientka velmi úzkostná, má strach z bolesti a z pádu. Dnes vyvolány výsledky stěru z vředů provedeného dne 19.7. stěr obsahoval enterococcus faecalis. Ordinován Ciplox 200 i.v., který je již 3.dny podáván.

6.3 DEN PÁTÝ – 25.7.

27. den hospitalizace. Dnes proveden další převaz rány. Opět provedeno osprchování, poté laváž chloraminem a následná aplikace Suprasorbu G a sterilního krytí. Po konzultaci s chirurgem a internistou léčba změněna na aplikaci hydrokoloidního krytí. Příští převaz bude tedy proveden takto: oplach fyziologickým roztokem, aplikací Suprasorbu H a sterilním překrytím. Tento obvaz se na ráně ponechá asi 5-6 dní podle vzhledu obvazu. Pacientka opět vysazena do křesla. Je lépe pohyblivá, ale stále se bojí bolesti při pohybu.

ZÁVĚR

Bércový vřed je onemocnění, které se v poslední době týká stále mladších lidí. Pacient, který tímto onemocněním trpí, je zatížen nejen fyzicky, ale také psychicky. Především ženám působí velké komplikace při veřejném vystupování. Žena musí při volbě oděvu myslet na to, že na nohy s vředem není pěkný pohled. Navíc léčba vředu je dlouhodobá a nikdy nezůstává bez následků.

Tato práce je určena nejen zdravotníkům, ale také laikům, kteří mají problém s cévami dolních končetin a chtěli by se o této nemoci dozvědět něco více.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

A) MONOGRAFIE

ELIŠKOVÁ, Miloslava, NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie* : Karolinum, 2006 ISBN 80-246-1216-X

POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I* : Triton, 2006. ISBN 80-7254-469-1

POSPÍŠILOVÁ, Alena, ŠVESTKOVÁ, Sabina. *Hojení chronických ran* : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 2001. ISBN 80-7013-348-1

KRČÍLEK, A. *Trombózy a záněty žil – rady nemocným* : Avicenum, zdravotnické nakladatelství n.p., 1987. ISBN 08-071-87

RESL, Vladimír. *Hojení chronických ran* : Grada Publishing spol.s.r.o., 1997. ISBN 80-7169-239-5

ŠTORK, Jiří et al. *Dermatovenerologie* : Karolinum nakladatelství UK, 2008. ISBN 978-80-246-1360-4

WOLFE, John H.N. *ABC cévních onemocnění* : Scientia medica spol.s.r.o., 1994. ISBN 80-85526-27-1

ROZSYPALOVÁ, Marie, HALADOVÁ, Eva, ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. *Ošetrovatelství II. Pro 2. ročník středních zdravotnických škol* : Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-97-1

KOCIÁNOVÁ, S., ŠTĚRBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv* : Informatorium spol.s.r.o., 2003. ISBN 80-7333-012-1

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách* : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M. Francis. *Kapesní průvodce zdravotní sestry* : Grada Publishing spol.s.r.o., 2001. ISBN 80-247-0242-8

HARTMANNOVÁ, Věra, HARTMANNOVÁ, Danuše. *Pravidla českého pravopisu* : FIN Olomouc, 1996. ISBN 80-7182-033-4

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov, nové rozšířené a upravené vydání* : SPN – pedagogické nakladatelství, 2004. ISBN 80-7235-272-5

B) ODBORNÁ PERIODIKA

SESTRA Č. 5 (KVĚTEN 2008). Praha: 2008. Vychází měsíčně. ISSN: 1210-0404

SESTRA Č. 11 (LISTOPAD 2008). Praha: 2008. Vychází měsíčně. ISSN: 1210-0404

SESTRA Č. 11 (LISTOPAD 2007). Praha: 2007. vychází měsíčně. ISSN: 1210-0404

FLORENCE- časopis moderního ošetrovatelství Č. 11 (LISTOPAD 2008). Praha: 2008. Vychází měsíčně. ISSN: 1801-464X

FLORENCE- časopis moderního ošetrovatelství Č. 2 (ÚNOR 2008). Praha: 2008. Vychází měsíčně. ISSN: 1801-464X

DIAGNÓZA PRO ZDRAVÍ Č.5 (KVĚTEN 2008). Praha: 2008. Vychází měsíčně. ISSN 1801-1349

DIAGNÓZA PRO ZDRAVÍ Č.7 (ČERVENEC 2008). Praha 2008. Vychází měsíčně. ISSN 1801-1349

POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA: odborný časopis pro lékaře Č.6 (ČERVEN 2002). Praha 2002. Vychází 9x ročně. ISSN 1212-4184

C) INTERNETOVÉ ZDROJE

[Www.hojeni21.cz](http://www.hojeni21.cz) [online]. [cit. 2009-02-20].

Dostupný z www: < <http://www.hojeni21.cz/bercovy-vred.php> >

[Www.pharmanews.cz](http://www.pharmanews.cz) [online]. [cit. 2008-21-11]. Dostupný z www:

<http://www.pharmanews.cz/2007_01/bercove.html>

[Www.ordinace.cz](http://www.ordinace.cz) [online]. [cit. 2009-02-10]. Dostupný z www:

< <http://www.ordinace.cz/clanek/bercove-vredy/> >

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Povrchové žíly dolních končetin

Příloha č. 2 – Stavba kůže

Příloha č. 3 – Fotodokumentace rány – ilustrace

Příloha č. 4 – Fotodokumentace rány – kazuistika 1.

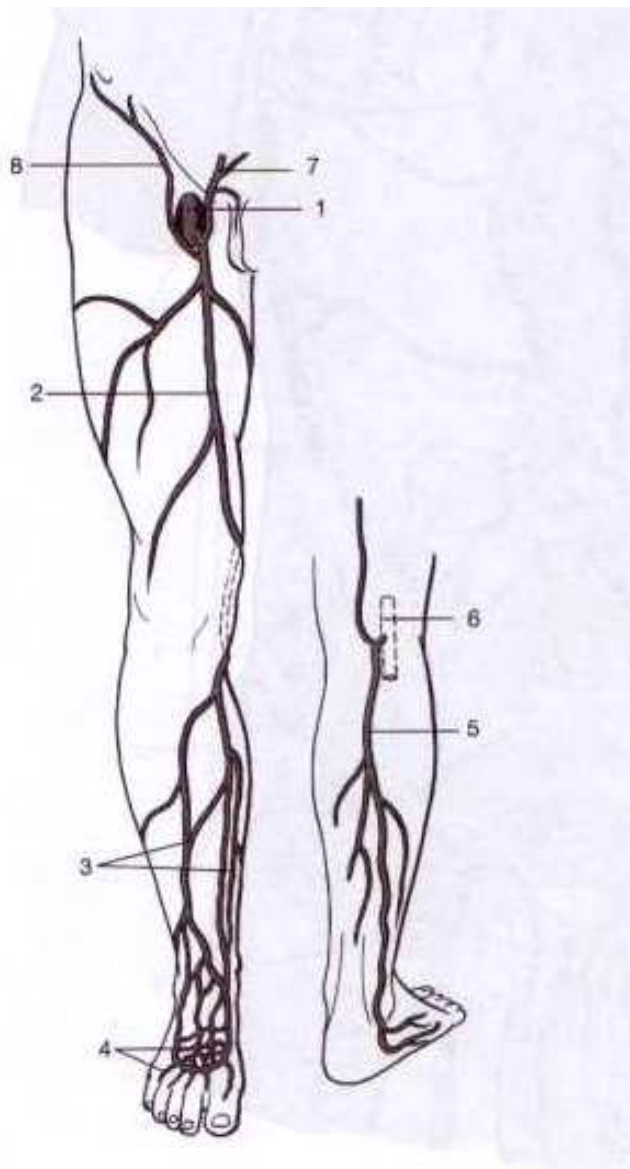
Příloha č. 5 – Fotodokumentace rány – kazuistika 2.

Příloha č. 6 – Vývoj vředu s použitím TenderWet activ

Příloha č. 7 – Přehled možností použití různých přípravků vlhkého hojení

Příloha č. 8 – Test rizika žilního onemocnění

Příloha č. 1 – Povrchové žíly dolní končetiny

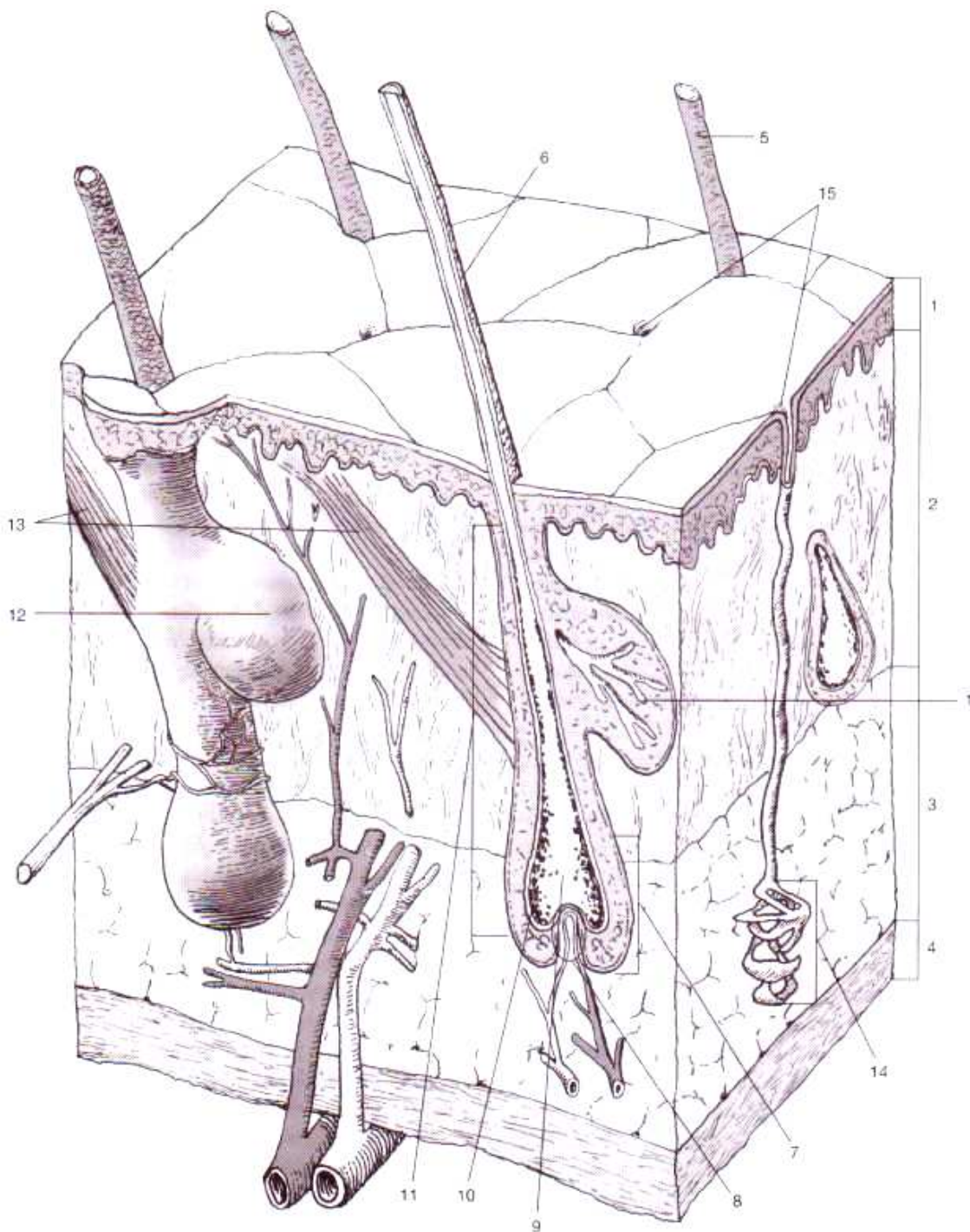


Obr. 8.9 Povrchové žíly DK

- 1 – v. femoralis
- 2 – v. saphena magna ústící do v. femoralis
- 3 – žíly na ventrální straně bérce ústící do v. saphena magna
- 4 – vv. metatarsae dorsales pedis přecházející do žilní sítě na hřbetu nohy
- 5 – v. saphena parva ústící do v. poplitea
- 6 – v. poplitea
- 7 – vv. pudendae externae

(Elišková, Naňka, 2006)

Příloha č. 2: Stavba kůže



Obr. 18. 1 Stavba kůže

- 1 – pokožka – epidermis
- 2 – škůra – dermis
- 3 – podkožní vazivo – tela subcutanea
- 4 – fascie
- 5 – pilus
- 6 – scapus pili
- 7 – bulbus pili
- 8 – papila pili s cévami

- 9 – substantia medularis
- 10 – substantia corticalis
- 11 – folliculus pili
- 12 – glandula sebacea
- 13 – m. arrector pili
- 14 – glandula sudorifera
- 15 – ústí potní žlázky

(Elišková, Naňka 2006)

Příloha č. 3: Fotodokumentace rány – ilustrace



Stav při zahájení léčby několik ložisek na levém bérce pacientku
trápilo téměř 20 let



Stav po 2 měsících kombinované léčby
dva menší defekty se již zacelily,
největší defekt je čistý, bez povlaků, není již tak hluboký a
od okrajů se tvoří nová kůže

(www.hojeni21.cz)

Příloha č. 4: Fotodokumentace rány – Kazuistika 1.



Žena (1935).

PDK: bércový vřed o velikosti 17,5 x 8 cm na vnitřní straně a 13 x 6 cm na vnější straně

Ošetřování: Dermacyn (30 min obklady), do okolí Menalind krém, do vředů Chitoskin, mulové krytí a bandáže.

Vidíme ústup vředu po 2 a půl měsíci.

(SESTRA č. 5/08 – příloha)

Příloha č 5.: Fotodokumentace rány – Kaziustika 2.



Žena (1918)

PDK: bércový vřed o velikosti 22 x 8 cm

Ošetření: Dermacyn (30 minut obklady), do okolí Menalind krém, na defekt Suprasorb G, Bactigras a Melolin. Takto převázáno 4x. Dále po obkladech Xeroform, mulové krytí a elastická bandáž. Po dvou měsících přechod na DerMax.


Vidíme vývoj vředu po čtyřech měsících.

(SESTRA č.5/08 – příloha)

Příloha č. 6: Vývoj vředu s použitím TenderWet active


Jak se TenderWet® active osvědčuje v praxi?

Vstupní vyšetření
Dosavadní léčba: již čtyři roky existující, recidivní ulcus cruris venosum bez jakékoliv tendence k hojení. Doposud byla rána ošetřována lokální aplikací inzulínu a sterilními muloými kompresy. Nebyla prováděna žádná kompresivní terapie.



Nová léčba: přechod na ošetřování pomocí TenderWetu 24 active, 7,5 x 7,5 cm, kompresivní terapie, lymfatickou drenáž a léčebnou gymnastiku.

Výměna obvazu po jednom týdnu
Stav rány: suché nekrózy a fibrinové povlaky jsou změkčeny a odděleny.



Závěrečné vyšetření po 3 týdnech
Kompletní oddělení a eliminace suchých nekrotéz, vzniká nová granulační a epitelizační tkáň. Zmenšení velikosti rány o více než třetinu a také snížení sekrece rány a bolesti.



Přechod na pěnový obvaz PermaFoam, který se obzvláště dobře hodí k použití pod kompresivní obvaz.

(Propagační leták Firmy Hartmann)

Příloha č. 7: Přehled možností použití různých přípravků vlhkého hojení

Suprasorb® – systém pro vlhké hojení ran

Čistící antimikrobiální	Inteligentní antimikrobiální	Aktivní	Nekomplikovaný	Mnohostranný	Flexibilní	Transparentní	Zvlhčující
Suprasorb A kalciumalginátní obvaz	Suprasorb A + Ag Antimikrobiální kalciumalginátní obvaz	Suprasorb X Hydrobalance-obvaz	Suprasorb P PU-jelový obvaz	Suprasorb H Hydrokoloidní obvaz	Suprasorb M PU-membrána	Suprasorb F Fóliový obvaz	Suprasorb G Gelový obvaz
Kompresse Tamponáda	Kompresse Tamponáda	Kompresse Tamponáda	Lepicí a nelepící	Standard Tenký Sacrum	Standard Tenký Sacrum	Standard Tenký Sacrum	Amorní gel Kompresse
Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána	Stádium rány nekrotická rána purulentní rána granuloční rána epitelizační rána
Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová	Hluboká rána hluboká povrchová
Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně	Primární obvaz při infikované ráně
Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný	Stupeň exsudace slabý střední silný
Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz	Vyžaduje sekundární obvaz
Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®	Možné kombinace Suprasorb®
Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány	Poznámka PU-jelový obvaz: sekundární obvaz vyžaduje na zvlhčené rány, včasně na zvlhčené rány

LÉČÍME • OŠETŘUJEME • CHRÁNÍME

(Propagační leták firmy Lohmann & Rauscher – Suprasorb)

Příloha č. 8: Test rizika žilního onemocnění

www.zilniporadna.cz

Jaké je Vaše riziko rozvoje onemocnění žil?

Tento rychlý dotazník umožní ohodnotit Vaše osobní riziko možného rozvoje chronického žilního onemocnění. Odpovězte, prosím, na všechny otázky a sečtěte odpovídající počet bodů (vpravo). Výsledný součet porovnejte s tabulkou na konci dotazníku.

Pohlaví	
Mužské	0
Ženské	1
Věk	
Méně než 14 let	0
14–29 let	1
30–45 let	2
Více než 45 let	3
Jak dlouho máte sedavé zaměstnání?	
Aktivní životní styl	0
1–3 roky	1
3–10 let	2
Více než 10 let	3
Máte nadváhu?	
Ne	0
Ano, 1–5 kg	1
Ano, 5–10 kg	2
Ano, více než 10 kg	3
Kolikrát jste byla těhotná?	
Nikdy	0
1x	1
2x	2
Více než 2x	3
V jaké pozici jste nejčastěji během pracovního dne?	
Sedím, jsem na nohou, chodím, stojím méně než 4 hodiny denně	0
Sedím, jsem na nohou, chodím, stojím 4–8 hodin denně	1
Sedím, jsem na nohou, chodím, stojím více než 8 hodin denně	2
Sedím, jsem na nohou, chodím, stojím + často cestuji autem, vlakem, letadlem	3
Měla Vaše matka nebo otec křečové žily?	
Ne	0
Jeden rodič	1
Oba rodiče	2
Oba rodiče, jeden s komplikacemi (běrcový vřed)	3

www.zilniporadna.cz

Chodíte, plavete, jezdíte na kole, běháte nebo cvičíte?

Ano, alespoň 3 hodiny týdně	0
Méně než 3 hodiny týdně	1
Občas (během dovolené)	2
Nikdy	3

Míváte pocit těžkých nohou?

Ne, nikdy	0
Občas	1
Často	2
Prakticky pořád (značná bolest)	3

Zvyšuje se u vás pocit těžkých nohou?

Ano, v období teplého počasí	0
Ano, při užívání antikoncepčních přípravků a hormonální léčby	1
Ano, při menstruaci	2

Pociťoval(a) jste otok kotníků?

Ne, nikdy	0
Jen v době teplého počasí, během dlouhé cesty letadlem, vlakem nebo autem	1
Ano, téměř každý den, ale jen večer	2
Ano, každý den, od rána celý den	3

VÝSLEDKY

Jestliže Váš celkový počet bodů je:

< 11: Máte nízké riziko rozvoje žilní nedostatečnosti. Pokračujte v doporučeních uvedených níže, aby Vaše žily zůstaly zdravé.

12 – 22: Máte riziko rozvoje žilní nedostatečnosti a/nebo se již projevuje různými příznaky. Změňte svůj životní styl (sportujte, starejte se o své žily) a žádejte léčbu (venofarmaka, kompresní punčochy, lymfatická drenáž atd.)

23: Již máte žilní nedostatečnost nebo máte vysoké riziko rozvoje žilního onemocnění v budoucnu. Zhoršování onemocnění může zabránit léčba (venofarmaka, skleroterapie, chirurgická operace, laserová léčba) společně se správným životním stylem.

Další informace o chronickém žilním onemocnění najdete na www.zilniporadna.cz

Další informace o chronickém žilním onemocnění najdete na www.zilniporadna.cz

(Propagační leták Žilní poradna)

72