

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

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S CHRONICKOU  
ŽILNÍ NEDOSTATEČNOSTÍ DOLNÍCH KONČETIN

Bakalářská práce

MARKÉTA VAVŘÍNOVÁ

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACINTA S CHRONICKOU ŽILNÍ  
NEDOSTATEČNOSTÍ DOLNÍCH KONČETIN

Bakalářská práce

MARKÉTA VAVŘÍNOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne:

podpis: .....

Markéta Vavřínová

## **ABSTRAKT**

VAVŘÍNOVÁ, Markéta. Ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou žilní nedostatečností dolních končetin. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, Praha 2011. s. 62.

Hlavním tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou žilní nedostatečností dolních končetin. Teoretická část práce popisuje patofyziologii, příčiny, projevy, diagnostiku a léčbu žilního bércevého vředu – ulcus cruris venosum.

V praktické části práce jsem se zaměřila na úlohu sestry v ošetrovatelské problematice u pacienta s diagnózou ulcus cruris venosum. Popisuji průběh ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta. Na základě odebrané anamnézy jsem si stanovila sesterské diagnózy dle priority daného onemocnění a snažila jsem se, aby výsledná kritéria pomohla pacientovi k včasnému navrácení do běžného života.

Klíčová slova: Ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, chronická žilní nedostatečnost, bércevý vřed.

## **ABSTRACT**

VAVŘÍNOVÁ, Markéta. The Nursing Process for a Patient with Chronic Venous Insufficiency of Lower Extremities. College of Health, o.p.s., qualifications level: Bachelor. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH Prague 2011. p. 62.

The main theme of the thesis is nursing care for patients with chronic venous insufficiency of lower extremities. The theoretical part describes the pathophysiology, causes, symptoms, diagnosis and treatment of venous leg ulcer - venous leg ulcers. In the practical part I have focused on the role of nurses in the nursing problems for patients diagnosed with venous leg ulcers. I describe the course of the nursing process for a particular patient. Based on the collected history, I determined nursing diagnosis according to the priorities of the disease. The results should help the patient soon returned to normal life.

**Keywords:** Nursing care, nursing process, chronic venous insufficiency, leg ulcer.

## **PŘEDMLUVA**

V současné době onemocnění žilního systému, s různým stupněm závažnosti, postihuje 10 až 60% populace, z čehož nejzávažnějším projevem chronické žilní insuficience je bérkový vřed – ulcus cruris venosum. Onemocnění podstatně snižuje kvalitu života nemocných, staví pacienta, rodinné příslušníky a zdravotní personál před dlouhotrvající problémy.

Tato práce vznikla ve snaze poskytnout základní, ale komplexní informace o bérkovém vředu, aby byly pochopitelné a srozumitelné pro laickou veřejnost, ale též pro sestry z klinické praxe, studenty ošetrovatelství a jiný nelékařský zdravotnický personál.

K výběru tohoto tématu na danou problematiku mě přivedla vlastní zkušenost v rodině s tímto onemocněním a zároveň studium na vysoké škole, kde jsem si prohloubila své znalosti. Podklady pro mou práci jsem čerpala z odborných knih a časopisů.

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH za metodickou pomoc, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

## OBSAH

Seznam použitých zkratk a odborných výrazů

Úvod .....	9
<b>1 Definice bércového vředu.....</b>	<b>10</b>
1.1 Historie.....	11
1.2 Anatomie kůže a žil dolních končetin a jejich funkce .....	13
1.2.1 Anatomie kůže a její funkce.....	15
1.2.2 Anatomie žil a jejich funkce.....	17
1.3 Příčina bércového vředu .....	17
1.4 Projevy onemocnění .....	19
1.4.1 Komplikace bércového vředu .....	20
1.4.2 Diagnostika bércového vředu .....	23
1.5 Léčba bércového vředu .....	26
1.6 Prognóza onemocnění .....	33
<b>2 Ošetrovatelská péče u pacienta s chronickou žilní nedostatečností dolních končetin.....</b>	<b>35</b>
2.1 Základní ošetrovatelská péče .....	35
2.2 Specifická ošetrovatelská péče .....	36
<b>3 Ošetrovatelský proces u pacienta s bércovým vředem .....</b>	<b>39</b>
<b>4 Doporučení pro praxi .....</b>	<b>58</b>
Závěr .....	59
Seznam použité literatury.....	60
Seznam příloh .....	62

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A ODBORNÝCH VÝRAZŮ

P – pacient / pacientka

BV – bércový vřed / bércové vředy

CVI – chronická žilní insuficience (nedostatečnost)

ICHDK – ischemická choroba dolních končetin

DK – dolní končetina

DKK – obě dolní končetiny

PDK – pravá dolní končetina

LDK – levá dolní končetina

RHB – rehabilitace

GIT – gastrointestinální trakt – trávicí soustava

VSM – vena saphena magna

VSP – vena saphena parva

**Fce** – funkce

**Varixy** – křečové žíly

**Ulcus cruris venosum** – bércový vřed žilní

**Prevalance** – podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci

**Inzulty** – porušení, napadení

**Keratin** – „rohovina“, stavební bílkovina řazená mezi skleroproteiny, základní složka vlasů, chlupů, nehtů

**Melanin** – Hnědý až černý pigment, fce: ochrana proti slunečnímu záření

**Sklerotizace** – jedna z metod odstraňování křečových žil

**Flebotrombóza** – onemocnění, při kterém dochází v hlubokých žilách dolních končetin ke vzniku sraženiny (trombu)

**Koagulace** – sražení

**Ozonoterapie** – léčba kyslíkem

**Ozón** – plyn skládající se z tří molekul kyslíku



## ÚVOD

Bércový vřed (dále jen BV) patří mezi onemocnění, která v poslední době zaznamenávají vzestupnou tendenci výskytu, což nepochybně souvisí s prodlužujícím se věkem obyvatel.

Cílem mé práce je seznámit Vás s daným onemocněním, s možnými příčinami vzniku BV, průběhem hojení, současnými léčebnými možnostmi, způsobem ošetřování a preventivními opatřeními, které vycházejí ze soudobých poznatků. Léčba BV není mnohdy jednoduchá. Ve většině případů dlouhodobá, vyžaduje čas a trpělivost. Onemocnění je výsledkem předcházejících, mnohdy řadu let se rozvíjejících změn a je ovlivněno některými specifickými faktory organismu. Proto musí být každý případ řešen jednotlivě, s individuálně přizpůsobenou terapií s komplexním přístupem. V této práci jsem využila i metodu ošetřovatelského procesu s důrazem na holistickou ošetřovatelskou péči, s návrhem a realizací plánu ošetřovatelské péče.

„Ani po deseti letech soustavného utrpení nechtějte trestat. Nenoste v sobě myšlenky na křivdy, ublížení a rány, jež jste dostali. Nevzpomínejte na ně, neoživujte je. Nevracejte rány druhým, byť třeba jen v myšlenkách. Očištěním své mysli ulevíte i svým nohám. Jestliže správný přístup nepochopíte, začnete duševně jakoby odumírat. Vaše nohy trvale otečou (známka nezbarvení se, nevstřebání něčeho), kůže na nich začne atrofovat, hynout a zhnědne.

Nehleď si druhých, jejich chyb a zkus raději napřed zvládnout sám sebe. Neboť kdo chce napravovat chyby druhého, necht' prve je sám čist“. (HRABICA, 1997, s. 33)

# 1 Definice bércového vředu

Bércový vřed je definován jako ztráta kožní tkáně, která může zasahovat různě hluboko do tkání podkožních. Jde tedy o porušení integrity kůže, která se může stát vstupní bránou infekce do organismu. Ta pak komplikuje další průběh onemocnění. Z obecného pohledu se bérkový vřed řadí mezi rány, neboť dochází k porušení anatomické struktury a funkce tkáně. Proto se stále častěji, zejména v posledních letech, setkáváme v pojednání o bérčovém vředu s pojmem rána.

Bércový vřed je **rána chronická**, lokalizovaná na dolních končetinách (DKK). Hojí se s anatomickou strukturou a obnovenou funkcí – hojení „per secundam“. Doba hojení je zpravidla delší než 6 týdnů, individuálně podmíněna příčinou onemocnění a rozsahem poškozené tkáně.

Podle stupně závažnosti poškození tkáně se rozlišují chronické rány:

- se ztrátou pokožky a škóry (epidermis a corium),
  - se ztrátou pokožky, škóry a podkožní tkáně (epidermis, corium, tela subcutanea),
  - se ztrátou celé struktury kůže, nekrózou (odúmrtním tkáně), s poškozením svaloviny, obnažením svalových šlach, kloubních pouzder, případně kostí.
- (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

## 1.1 Historie

Prehistorický léčitel používal k ošetřování rány prostředky, které byly tehdy běžně dostupné – bláto, listí, lišejníky a kůra stromů. Časné civilizace starodávného Egypta používaly k lokálnímu ošetřování rány zvířecí trus, med, pryskyřici, k čištění rány se používala především voda a mléko. Ke krytí rány se používaly plátěné obložky namáčené v kozím mléce. Obvazy si vyráběli impregnací plátěného obvazu pastou z ječné mouky, smetany či medu. Zvlášť zajímavý byl obvaz s přiloženým „čerstvým masem“, jenž měl vyvolat aktivní hnisání. Lékaři té doby chtěli urychlit hojení rány stimulací hnisání.

Řecká civilizace a její představitel Hippokrates (460-377př.n.l.) kladl důraz na čištění rány, k čemuž se používala teplá voda, ocet a víno. Rány se pokrývaly vlnou vyvařenou ve vodě. Silný vliv na léčbu ran mělo učení Galenovo (130-200 n.l.). Galen byl vysoce uznávaným lékařem římských atletů a gladiátorů. K čištění ran doporučoval slanou vodu a víno, ke krytí ran se používala pšeničná mouka a mořské řasy nasáklé olejem či vínem. Rány Galen stimuloval, podstatou hojení byla tvorba hnisu. Používalo se i rozžhavených želez či vařících olejů, aby se navodilo hnisání.

Po pádu římské říše ovládli lékařství Arabové. Začali používat nové léky jako např. terpentýn, jehněčí trus, holubí krev, rány pokrývali šalvějí a různými mastmi. V období 11. - 13. století byla zaměněna teorie o chvályhodném hnisání za názor o udržení rány čisté. Začaly je používat čisté obvazy a jednoduché bylinné balzámy a masti. V průběhu 19. století nastaly v ošetřování velké změny, které přinesla průmyslová revoluce. Vznikl krycí a obvazový materiál napuštěný antiseptickým roztokem.

V 1. světové válce francouzský lékař Lumiere vyvinul „tyl gras“, gázový obvaz napuštěný parafínem (obdoba dnešního mastného tylu). V 70. letech 20. století došlo k prudkému rozvoji prostředků k ošetřování ran a bércových vředů, vyvinuto bylo první hydrokoloidní krytí, dále pak alginátová krytí, pěnová krytí, hydrogelová krytí a další.

### **Epidemiologie a socioekonomický dopad v současnosti**

Podle dostupných údajů trpí BV 0,3-1% populace produktivního věku, avšak ve věkových skupinách nad 70 roků se jeho prevalence pohybuje mezi 4-5%. Ženy jsou

postiženy 2-3krát častěji než muži. V každé věkové skupině bércový vřed způsobuje určité problémy zdravotní, ekonomické, sociální a psychologické. U mladších nemocných je často provázen dlouhodobou pracovní neschopností, nezpůsobilostí vykonávat dosavadní zaměstnání, případně invaliditou. Ve vyšších věkových skupinách má BV, kromě dopadů zdravotních a ekonomických s léčbou spojených, specifické problémy v oblasti sociální, neboť se tyto nemocní často dostávají do sociální izolace nebo závislosti na pomoci druhých. Mnozí z nich jsou často odkázáni na následnou péči v nemocničních zařízeních určených pro dlouhodobý pobyt. Tyto sociální a ekonomické důsledky, které BV způsobují, jsou v mnoha zemích exaktně vyčísleny. Obrovské náklady spojené s léčbou BV mají značný dopad na celý zdravotní systém. Ekonomické příčiny jsou - mimo jiných – důvodem zvýšeného zájmu o bércové vředy, zejména v posledních letech. Léčbou bércových vředů se v současné době, kromě kožních lékařů, zabývá stále více dalších specialistů – chirurgové, plastičtí chirurgové, internisté, geriatři, flebologové, angiologové, diabetologové a další.

Současný zdravotní systém prochází řadou reforem, kdy na jedné straně se některá pracoviště redukuje, na druhé straně vznikají nové specializace a společnosti. Mezi nové společnosti patří také komunity a společnosti pro léčbu rány, v jejichž ohnisku zájmu jsou kromě jiných i bércové vředy. Přesto všechno mají stále významné místo v léčbě BV praktičtí lékaři a sestry domácí péče, kteří se denně s pacienty setkávají. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

## **1.2 Anatomie kůže a žil dolních končetin a jejich funkce**

### **1.2.1 Anatomie kůže a její funkce**

Soustava kožní je plošně i hmotně velkým orgánem, který – jak vyplývá i ze stavební složitosti – zastává mnoho významných funkcí. Proto také poškození kůže ve větším rozsahu ohrožuje postiženého na životě.

#### **Kůže (Cutis, Derma)**

U zdravého jedince má svěží vzhled a z fyzikálních vlastností je nejnápadnější její pružnost. Kůže pokrývá 1,6-2 m čtvereční povrchu těla, v tělesných otvorech přechází ve sliznici a váží asi 4,5 Kg. Tloušťka kolísá mezi 1-4 mm (ovšem tam, kde je mohutnější tuková vrstva, je tloušťka mnohonásobně vyšší). Povrchová strana kůže je matně lesklá. Tento matný lesk je podmíněn jemnými rýžkami, na kterých se láme světlo. Barva kůže, označovaná jako barva perleťová, je podmíněna celou řadou činitelů, z nichž nejdůležitější je množství pigmentu, prokrvení a tloušťka epitelové vrstvy. Kůže se skládá z pokožky, škáry a podkožního vaziva.

#### **Pokožka (Epidermis)**

Vzniká z ektodermu. Její průměrná tloušťka je 0,2 mm, může však být tenčí nebo tlustší podle místa těla (oční víčka – chodidla). Její spodní hranice je zvlněná, tvoří ploché kuželovité výběžky do koria, tzv. epidermální čepy, do prohlubin mezi nimi zasahují obdobné výběžky koria – papily. Epidermis je dlaždicový, vícevrstevný epitel, jehož buňky se množí v bazální vrstvě, posunují se směrem k povrchu a přitom se stále více oplošťují a rohovějí. Toto zrání buněk trvá za normálních okolností asi 28 dní.

#### **Škára (Corium)**

Je mezenchymálního původu. Má část povrchovou a část hlubokou, která dole přechází v podkožní tukovou tkáň. Hlavní hmotu tvoří vazivo, v němž jsou rozptýleny buněčné elementy, cévy, nervy, kožní adnexa a svaly.

## **Podkožní tuková tkáň ( Tela subcutanea, Subcutis)**

Je též mezenchymálního původu. Obsahuje vazivo, krevní a lymfatické cévy, nervy a nervová tělíska, žlázy potní ekrinní a apokrinní. Její šířka je velmi rozdílná, od nejtenčí (např. na očních víčkách) až po nejsilnější (hýždě, břicho, stehna). Vazivo obklopuje hrubými snopci laloky tukové tkáně s tukovými buňkami lipocyty. Tato vrstva kůže pomáhá chránit svalstvo, kosti a vnitřní orgány před nárazy a funguje jako izolace i zdroj energie v dobách nedostatku.

### **Nejdůležitější funkce kůže jsou:**

**1. Ochrana proti nepříznivým vlivům zevního prostředí.** Svou pevností, pružností a posunlivostí proti spodině chrání hlubší tkáň před mechanickými inzulty. Je dobrým tepelným izolátorem, v přiměřené vrstvě zachycuje i UV záření díky melaninu, účinně chrání před četnými chemikáliemi zevního prostředí a i proti maceraci vodou a vodnými roztoky, kyselá pH (4,5 – 5,5) chrání i před nesčetnými mikroorganismy.

**2. Termoregulace.** Mastný kožní film, keratin a podkožní tuk jsou špatné vodiče tepla. Hlavní podíl na stálé teplotě však spočívá ve změnách prokrvení a v sekreci potu. Při vazodilataci se vyzařuje tělesné teplo sáláním, při vazokonstrikci kožních cév dochází naopak k omezení výdeje tepla. Nadměrným pocením a odpařováním potu se organismus zbavuje největší části nadměrného tepla. Regulace je řízena vegetativním nervstvem.

**3. Permeabilita kůže.** Kůže je málo propustná pro tekutiny a plyny, tím chrání organismus před vysycháním. V malé míře se kůže účastní i dýchání (výměna kyslíku a oxidu uhličitého). Látky rozpustné v tucích se vstřebávají do těla nejvíce mazovými žlázami a látky rozpustné ve vodě zase potními žlázami. Jinak je sama kůže pro většinu látek těžko propustná.

**4. Sekreční činnost.** Hlavními produkty kůže jsou keratin, melanin, pot a maz, které plní celou řadu úkolů a organismus se jimi navíc zbavuje i části katabolitů. Kůže však vytváří i celou řadu ochranných látek, enzymů, vitamín D aj., čímž se výrazně podílí na celkové látkové výměně.

**5. Zásobárna výživných a jiných látek.** Kůže a zejména podkoží představují bohaté skladiště některých látek – v první řadě tuku, cukru, chloridu sodného a vody.

**6. Sídllo čítí.** Zdravá kůže vnímá dotyk, tlak, teplo, chlad i bolest. Zvláštním pocitem je svědění (pruritus), které doprovází mnoho kožních nemocí a může být provokováno řadou zevních i vnitřních faktorů. (ČIHÁK, 2004)

### 1.2.2 Anatomie žil a jejich funkce

**Žíly (venae)** mají tenčí stěny než tepny. Krev v žilách proudí pod malým tlakem (5-20 torr), tudíž z poškozené žíly krev nevystřikuje, pouze vytéká. Kubický obsah žil je asi třikrát větší než tepen, krev v žilách proudí pomalu. Stěny žil se skládají z podobných vrstev jako stěny tepen. Žilní postkapiláry obsahují nejdříve pouze endotel a na jeho povrchu roztroušené vazivové elementy, přitom přibývá svaloviny a venuly již mají tři typické vrstvy cévní stěny: tunica intima, tunica media a tunica externa. Na žilách je mnohem méně nervů než na tepnách.

Charakteristickým znakem žil jsou **chlopně (valvulae venosae)**. Jsou to výběžky intimy tvořené endotelem, který je podložený malým množstvím vaziva. Chlopně jsou zpravidla půlměsíčkovité s jedním až třemi cípy a jsou orientované tak, že umožňují průtok krve k srdci, ale ne naopak. Nacházejí se především v místech, kde se spojují žilní přítoky. Nad chlopněmi bývají stěny žil mírně vyklenuté, ale mohou vzniknout i uzlové rozšíření – **varixy (varices)**. Končetinové žíly obsahují velké množství chlopní, a to povrchové i hluboké. Při správné funkci žilních chlopní tlak z tepny podporuje průtok žilní krve směrem k srdci tak, že pulsová vlna stiskne úsek žíly mezi chlopněmi a vytlačí z něj krev centripetálně směrem propustnosti chlopní (především na dolních končetinách). Též jsou tepny a žíly často zavřené a pevně spojené ve společné **vazivové pochvě – vagina vasorum**. Arterioly nepřecházejí vždy do žil kapilárami, ale existují i přímé spojky do žil – **arteriovenózní anastomózy**.

Podle anatomických kritérií se žilní systém člení na oblast:

- hlubokých (subfasciálních) žil,
- povrchových (suprafasciálních) žil,
- systém spojovacích žil (perforátorů).

**Hluboké žíly** jsou uloženy v kosterním svalstvu a mají především funkci transportní, neboť zajišťují návrat krve k srdci, která prostřednictvím jemných vlásečnic (kapilár) předala kyslík a potřebné živiny tkáňovým buňkám a přijala oxid uhličitý a

další nepotřebné odpadní produkty výměny látkové. Při zpětném transportu krve do pravé síně srdeční je žilní systém i za fyziologických podmínek u zdravého jedince přetíže, neboť člověk „homo sapiens“, na rozdíl od svých vývojových předchůdců, zaujal vzpřímenou polohu při chůzi. Žilní krev při návratu k srdci musí překonat vysoký hydrostatický tlak, který vzniká v žilách dolních končetin, ve vzpřímené poloze těla.

**Povrchové žíly** odvádějí krev z kůže a podkoží, mají velkou akumulární schopnost a mohou tak regulovat objem. Žíly jsou propojeny četnými postranními, laterálními větvemi a představují rozsáhlé žilní pletivo.

**Spojovací žíly**, kterých je na dolních končetinách asi 150, vzájemně spojují oba předcházející systémy.

Všechny tyto tři typy žil pracují dohromady jako ventily, zabraňují zpětnému toku krve a dovolují proudění krve pouze jedním směrem – k srdci a z povrchových žil do hlubokých.

Návrat žilní krve do pravé poloviny srdce – proti působení gravitace – zabezpečuje řada pomocných mechanismů:

- síla svalového stahu levé komory srdeční
- nasávací síla pravé síně srdeční
- negativní nitrohruční tlak
- svalová aktivita lýtka
- neporušené, domykavé chlopně a další.

Mezi nejdůležitější podpůrné mechanismy patří poslední dva jmenované, souhrnně označované jako **svalově-žilní pumpa**. Při pohybu dolních končetin jsou žíly při každé svalové kontrakci stlačovány, zatímco při relaxaci se rozšiřují. Střídavý tlakový a nasávací účinek svalové pumpy doplňuje funkce kloubů, zejména hlezenního a kolenního, která zajišťuje, aby tlak při svalové kontrakci (stažení) působil směrem dovnitř. Vzájemnou souhrou těchto mechanismů žilní tlak v končetinách klesá. Je-li zpětný transport k srdci narušen, žilní tlak klesá pomaleji, v žilním řečišti se rozvíjí přetlak, který se promítá až do vlásečnic. Proudění krve se zpomaluje, případně krev stagnuje, což vede k poruchám výměny látkové zejména v kůži a v podkoží. Takto navozený stav s městnáním krve v dolních končetinách se označuje jako **chronická žilní nedostatečnost (CVI)**.



Chronická žilní nedostatečnost vyjadřuje patofyziologický stav, při kterém jsou porušeny mechanismy žilního návratu krve k srdci, dochází k městnání krve v dolních končetinách, ke zvýšení žilního tlaku – k rozvoji žilní hypertenze.

Tyto funkční poruchy jsou způsobeny především nedomykavostí chlopní v hlubokém žilním systému, spojovacích žilách, popřípadě v povrchovém žilním systému nebo kombinací poruch předcházejících. Kromě nedomykavosti chlopní se na vzniku CVI podílí více než v 50% případů proces obstrukční povahy způsobený zánětem hlubokých žil (flebotrombózou). (VOJÁČEK, 2004)

***Rizikové faktory přispívající k vzniku CVI:***

- výskyt žilních onemocnění v rodině
- zánětlivá onemocnění žil
- opakovaná těhotenství
- hormonální antikoncepce
- životní styl
- nedostatek pohybu
- kouření
- dlouhodobé stání a sezení
- nošení těžkých břemen
- omezená hybnost kloubů dolních končetin
- nesprávná výživa
- nadváha, obezita
- nevhodná obuv

### **1.3 Příčiny bércevého vředu**

Určení příčiny (etiologie) BV je základním předpokladem správné diagnózy a úspěšné léčby. Pro snazší pochopení jsem se pokusila, na základě dostupných poznatků a literárních pramenů, rozdělit BV podle vyvolávajících faktorů do následujících skupin.

### **Bércové vředy zapříčiněné zevními vlivy:**

1. fyzikální inzulty (poranění, teplo, chlad, tlak, rtg záření, sebepoškození),
2. chemické příčiny (kyseliny, louhy, léky, umělá hnojiva, rostlinné extrakty),
3. infekční onemocnění (růže /erysipel/, chronický zánět kostí /osteomyelitis/, hluboká plísňová onemocnění /mykózy/, uhlák /antrax/, záškrť /diphtheria/, kožní formy tuberkulózy, syfilis III.stádia a další).

### **Bércové vředy způsobené vnitřními příčinami:**

1. žilní poruchy (křečové žíly, zánět hlubokých žil),
2. tepenné poruchy (zúžení a uzávěr cév),
3. poruchy mízního systému (vrozené defekty mízních cév, primární a sekundární lymfedém /otok mízního původu/),
4. krevní poruchy (různé druhy anémií, zvýšený počet krevních destiček),
5. poruchy látkové výměny (cukrovka /diabetes mellitus/, dna /arthritis urica/, chronické selhávání ledvin, poruchy příštítných tělísek a další),
6. poruchy nervového systému (roztroušená skleróza /sclerosis multiplex/, obrna /poliomyelitis/, mnohočetné postižení nervových provazců /polyneuropatie/),
7. onemocnění autoimunitní (zánět cév /vasculitis/, revmatický zánět kloubů /arthritis rheumatica/, tuhnutí kůže /scleroderma diffusa/, onemocnění postihující vazivovou tkáň / systémový lupus erythematosus/, zánět kůže s rozpadem /pyoderma gangrenosum/),
8. benigní a maligní kožní nádory, metastázy vnitřních malignit do kůže,
9. smíšené příčiny (žilní a tepenné, žilní a diabetické a další).

Z přehledu vyplývá, že příčina BV může být rozmanitá, v mnoha případech kombinovaná a v průběhu onemocnění může některá z příčin střídavě dominovat.

### **Další dělení bércových vředů podle původu:**

1. BV žilního (venozního) původu – jsou výsledným stavem chronické žilní nedostatečnosti,
2. BV tepenného (arteriálního) původu – příčinou bývá částečný nebo úplný uzávěr cév nejčastěji příčiny arteriosklerotické, spojené s poruchou prokrvení,

3. BV diabetické – tyto vředy na diabetickém podkladě zauímají třetí místo, což souvisí s nárůstem základního onemocnění,
4. BV vaskulitické – na podkladě zánětu cév, příčinou je poškození cév imunitního charakteru,
5. BV nádorové příčiny – jednou z možných příčin je rozpad nádoru, neboť růst nádorů vede k porušení integrity tkáně,
6. BV posttraumatické (poúrazové) – tyto vředy jsou chronickou ránou, která vznikla v souvislosti s úrazem (po komplikovaných zlomeninách dolních končetin při sportu, dopravních nehodách nebo následkem náhodných poranění),
7. BV arteficiální (při sebepoškození) – tyto ulcerace se mohou objevit kdekoli na těle, dolní končetiny nevyjímaje. Poškozující příčiny jsou buď látky chemické povahy (poleptání) či účinky fyzikální (např. vypálení cigaretou).

## 1.4 Projevy onemocnění

Prvním klinickým projevem poruchy návratu žilní krve je **edém**, který má za následek další zvyšování onkotického tlaku a také další ukládání tekutin, což vede k prohloubení poruch metabolismu. Dochází k perivaskulárním fibrózním, degeneračním a zánětlivým procesům s troficky podmíněnými kožními změnami. Při progresi obliterujících zánětlivých procesů na venulách a arteriolách se v oblastech s nepříznivou žilní hemodynamikou vytvoří **ulcus cruris** jako projev dekompenzace žilní hypertenze. Stupeň závažnosti, lokalizace a doba trvání poruch návratu žilní krve, též stupeň a délka přetížení žilního systému dolních končetin určují různé klinické projevy, které se postupně objevují. Tyto klinické projevy tvoří komplex symptomů, který je označován jako **chronická žilní insuficience (CVI)** a dle Widmera a Fischera se dělí na 3 stupně podle závažnosti onemocnění. Někteří autoři ještě oddělují 4. stupeň, který zahrnuje jizvy po zhojených bércoých vředech, sklerotizaci tkáně a trvalé otoky.

### CVI I.stupně

Je charakterizován přítomností **metličkovitých žil** neboli mikrovarixů seskupených kolem kotníků a nad klenbou (corona phlebectatica paraplantaris) a

případně otoky kolem kotníků. Též zaznamenáváme jisté **subjektivní stesky** jako je pocit tíhy v dolních končetinách, únavnost dolních končetin a noční křeče.

### **CVI II.stupně**

Projevuje se **hyperpigmentací pokožky** a výskytem **petechií**, mění se kvalita **kůže**, která se stává **atrofickou** (ztenčelou) nebo **hypertrofickou** (ztluštělou). Zvýrazňuje se **otok**, podkoží se stává prosáklým a kůže pevně lne k bércové fascii a nelze ji řasit. Otok je již trvalého charakteru a vede k poruchám trofiky kůže – kůže se začíná olupovat, zbarvovat do fialově hnědého odstínu. Subjektivně je vnímáno svědění a zvýšení citlivosti na dotek. Celý stav se komplikuje mikrobiálním ekzémem a varikózní dermatitidou. Extrémní variantou lipodermatosklerózy je **atrofie blanche** – bílá atrofie, která je charakterizována přítomností drobných plošek, které se lokalizují převážně v oblasti kotníků.

### **CVI III.stupně**

Manifestuje jako floridní nebo zhojený *ulcus cruris venosum*. Predilekčním místem pro vznik BV je distální třetina bérce, především nad vnitřním kotníkem v oblasti Bisgaardovy kulisy, kde se nejčastěji nacházejí insuficientní perforátory a oblast je drénována pouze hlubokými žilami. Dále se mohou ulcerace žilní etiologie nacházet na přední a zevní ploše bérce. Rozsáhlé vředy, které cirkulárně postihují celý bérec, jsou označovány jako vředy kamašové.

#### **1.4.1 Komplikace bércového vředu**

Komplikací je celá řada. Ráda bych vyjmenovala alespoň těch 10 nejčastějších a nejzávažnějších, které se mohou přidružit ke zmiňovanému onemocnění:

- 1. Mikrobiální osídlení rány** – mikroby jsou všudypřítomné, tedy i každý bércový vřed je osídlen mikroby. V zásadě lze říci, že mikroby mohou nepříznivě zasahovat do reparačních fází hojení BV, zejména prodlužovat zánět, zpomalovat hojení a zvyšovat jeho bolestivost, neboť metabolické produkty

mikrobů dráždí nervová zakončení na spodině vředu. K nejčastějším mikrobům ulcerací patří: *Staphylococcus aureus* (zlatý stafylokok), beta-hemolytické streptokoky, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris* a *Escherichia coli*. K eliminaci nežádoucích mikrobů je nutná místní, případně celková léčba antibiotiky podle zjištěné citlivosti vypěstovaného mikroba na antibiotika. Při ošetřování BV volíme též takové prostředky, které mají malou schopnost vyvolávat alergickou reakci.

2. **Erysipel (růže)** – je to akutní zánětlivá reakce kůže, zpravidla vyvolaná streptokoky skupiny A, beta-hemolytický streptokok. BV je považován za vstupní branou této infekce. Po krátké inkubační době 2-48 hodin se růže projeví v místě postižení otokem živě červené barvy. Od místa vstupu infekce se dále šíří do okolí typickými jazykovitými výběžky. Prudký zánět provází nevolnost, třesavka, vysoké teploty, což následně vyžaduje celkovou léčbu antibiotiky. Místně se doporučují zklidňující protizánětlivé prostředky (Polysan), obklady z octanu hlinitého či borové vody a též velmi důležitá léčba zevní kompresí, která zabraňuje další tvorbě otoků mizní příčiny.
3. **Lymfedém (otok z mizní příčiny)** – tento otok je bledý, chladný, zprvu měkký, posléze tuhý a nebolestivý. Mizní otoky, které jsou reziduem (zbytkem) po erysipelu, jsou zarudlé. Otoky mizního systému vždy komplikují hojení BV žilního původu, jsou příčinou intenzivního mokvání a zvětšování.
4. **Zánět povrchových žil (thrombophlebitis)** – příčinou je poškození žilní stěny, zpomalení krevního proudění, změny ve složení krve, ložiskové infekce a též vlivy toxické či mechanické. Projevem je pruhovitý či uzlovitý zánět červené barvy, otok postižené oblasti, zvýšená teplota. Léčba zahrnuje kompresivní léčbu obvazy či punčochami, přikládáním studených obkladů (Priessnitzovy obklady), aplikací protizánětlivých mastí nebo mastí a gelů s heparinem, užívání léků s protizánětlivým účinkem (Diclofenac tbl., Ibalgin tbl.) – tzv. nesteroidní antiflogistika v kombinaci s venotoniky. Pouze u hnisavých zánětů žil jsou indikovány i antibiotika.
5. **Suchá, olupující se kůže (xerosis)** – nadměrně suchá kůže na bérkách, která je příčinou velmi nepříjemného svědění, jenž svádí ke škrábání. Se stárnutím se fyziologicky mění charakter kůže, nerovnoměrně se ztenčuje, ztrácí svoji pružnost a pevnost, podkožní vrstva tuku se zmenšuje a kůže má snížený obsah vody. Pravidelnou každodenní péčí lze těmto komplikacím předejít (koupel a

mytí nohou ve vodní lázni s přidavkem koupelového olejíčku, pokožku osušíme zlehka měkkým čistým ručníkem a následně promažeme hydratačním krémem).

- 6. Iritační dermatitida (z podráždění)** – pokud BV silně mokvá, tak dochází k dráždění nejbližšího okolí rány, a to sekretem z rány či zbytky mastí nanesených na ránu. Kůže v okolí je zarudlá, podrážděná, mokvá, vytváří se šupiny a stroupky. Proto je důležité preventivně ošetřovat kůži kolem BV (zinková pasta či zinkový olej).
- 7. Kontaktní alergický ekzém** – je výrazem přecitlivělosti kůže na určitý alergen, nejčastěji jsou to právě léky užívané k zevnímu místnímu ošetřování, prostředky s obsahem antibiotik či rostlinných extraktů. Základem je vyloučení styku s alergenem, aplikace prostředků s obsahem kortikoidů a celkové podávání antihistaminik.
- 8. Mikrobiální ekzém** – zánětlivá dermatóza zprostředkovaná přecitlivělostí na produkty některých bakterií, zejména stafylokoků vyskytujících se ve zvýšené míře na kůži s oslabenou obranyschopností nebo přežívajících v ložiscích skryté infekce. Ložiska mají až 5 cm, jsou ostře ohraničena s tvorbou puchýřků a drobně zkalených neštoviček. Strhnutím puchýřků dochází k mokvání, tvorbě stroupků. Léčíme přípravky kortikoidů s antiseptiky a antibiotiky – masti, krémy.
- 9. Venózní dermatitida** – jde o chronickou dermatitidu vyskytující se na bércích v okolí BV žilního původu. Na klinickém obraze se podílí všechny známky chronické žilní nedostatečnosti (pigmentová kůže, mokvání, pupínky, stroupky, šupiny, rozškrábání svědivé vyrážky, krvácivé projevy, tvoření atrofických a keloidních jizev, tuhost kůže dolní třetiny bérce, žilní městky).
- 10. Stafylokoková folikulitida (zánět ústí chlupových míšků)** – stafylokoková infekce, projevující se zkalenými neštovičkami se zarudlým lemlem při vyústění chloupků na povrch kůže. Účinné a osvědčené jsou zasypy, tekuté pudry a antiseptické přípravky.

### 1.4.2 Diagnostika bércového vředu

Cílem vyšetřovacích postupů a metod je stanovení správné diagnózy. Patří zde v první řadě anamnestické vyšetření, pak klinické vyšetření, funkční vyšetření, přístrojové vyšetření a laboratorní vyšetření.

#### Anamnestické vyšetření

Důkladná anamnéza je neodmyslitelnou součástí každého vyšetření. Patří zde anamnéza osobní, rodinná a pracovní. **V rodinné anamnéze** lékař pátrá po rizikových faktorech a onemocněních v blízké rodině (žilní a cévní onemocnění, cukrovka, hypertenze, atd.). **V osobní anamnéze** lékař pátrá po prodělaných chorobách, úrazech a operacích. Ptá se na současná onemocnění, se kterými se pacient léčí. U žen zvláště zjišťuje počet těhotenství a hormonální antikoncepci. Zjišťuje se doba trvání a vývoj žilních městků a otoků, kdy se BV objevily poprvé a jak často se opakovaly. **V pracovní anamnéze** pátráme po životním stylu pacienta, jaká je fyzická zátěž, sedavé zaměstnání – práce ve stoje. Důležité jsou údaje o užívání léků, konzumaci alkoholu, kouření a též pacient hovoří o subjektivních potížích (bolesti nohou, křeče v nohách, pocit těžkých nohou, pálení, brnění). Pokud nemocný udává bolest, je nutno odlišit klidovou bolest od bolesti z únavy a bolesti při chůzi.

#### Klinické vyšetření

Patří zde celkové zhodnocení zdravotního stavu nemocného – konstituce, stav výživy, tělesné deformity, kloubní pohyblivost. A především je klinické vyšetření zaměřeno na podrobné zhodnocení dolních končetin a bércového vředu. BV posuzujeme objektivně a subjektivně.

Objektivní vyšetření hodnotí:

- lokalizaci
- velikost vředu
- stav spodiny vředu
- vzhled okrajů
- změny v okolí

Subjektivní vyšetření hodnotí:

- bolest a typy bolesti
- pálení v nohou
- pocit svědění
- křeče v nohou
- psychický stav nemocného

### Funkční vyšetření

K funkčnímu vyšetření žilního systému u BV žilního původu patří test kašlem (Husten test), Perthesův test, Trendelenburgův test, Schwarzův test a Homansovo znamení.

- **Test kašlem (Husten test):** Po přiložení ruky do třísla, kde velká povrchová žíla (VSM) ústí do hluboké žíly (VF), je po zakašlání *hmatatelná nárazová vlna* při nedomykavosti chlopní ústí velké povrchové žíly.
- **Pokleповý test (Schwarzův test):** Určeno k průkazu nedomykavosti chlopní velké povrchové žíly. U stojícího nemocného hmatáme pravou rukou žilní městky ve výšce lýtky a současně prsty levé ruky poklepáváme na stehno v průběhu velké povrchové žíly. Při nedomykavosti chlopní velké povrchové žíly zachytí pravá ruka *vlnění*.
- **Trendelenburgův test:** Pacient leží v horizontální poloze, tedy na zádech. Vyšetřovaná končetina se zvedne, aby došlo k vyprázdnění žilního řečiště. Následně škrtkicím obinadlem uděláme kompresi vena saphena magna pod ústím do vena femoralis a za současné komprese se nemocný postaví.  
Výsledek negativní = do 30- ti sekund se žíly pomalu naplní odspoda vzhůru,  
chlopně jsou fukční.  
pozitivní = po uvolnění nastane rychlé naplnění žil odspoda vzhůru,  
a to kvůli nedostatečnosti chlopní vena saphena magna.
- **Perthesův test:** Tento test se provádí za účelem zjištění uzávěru hlubokých žil a nedomykavosti chlopní žil spojovacích. Stojícímu pacientovi se přiloží škrtkicí obinadlo pod kolenem, přičemž vyšetřovaného necháme 1 minutu chodit.  
Výsledek negativní = naplněné žíly se vyprázdňují a síť hlubokých žil je průchodná



pozitivní = k vyprázdnění žil nedojde, vznikne bolest, která znamená překážku v hlubokém nebo spojovacím žilním systému

- **Homansovo znamení:** Pacient provádí dorsální a plantární flexi v hlezenním kloubu při flexi v koleni. Pozitivita je prokazována bolestí.

### **Přístrojové vyšetření**

Jde o vyšetření organických změn (patologicko-anatomických změn). Patří zde ultrazvukové vyšetření dle Dopplera, flebografie, izotopová flebografie, digitální subtrakční angiografie, digitální fotopletysmografie (D-PPG).

- **Doppler ultrazvukové vyšetření** – je nejpoužívanějším, rutinním vyšetřením. Je to jednoduchá, neinvazivní a bezbolestná metoda, založená na principu odrazu ultrazvukového signálu od krvinek pohybujících se v krevním proudu. Toto vyšetření informuje o výskytu a lokalizaci insuficience v hlubokém i povrchovém žilním systému. Dokonalejším a podrobnějším vyšetřením je Duplexní sonografie a barevná Duplexní sonografie, která odhalí časné změny cévní stěny (zbytnění), která buď ještě není zúžená, nebo vykazuje zúžení minimální. Používá se k odhalení nálezu cévní stěny, která nevykazuje ještě poruchy proudění.
- **Flebografie** – rentgenové vyšetření žil kontrastní látkou. Invazivní metoda, je to citlivější metoda k rozpoznání časných stádií žilního uzávěru, dovede přesně zjistit lokalizaci perforátorů, akutní i chronické flebotrombózy. Špatně se však touto metodou rozpoznává chlopenní nedomykavost. Výkon bývá též často provázen alergickými reakcemi na kontrastní látku.

### **Laboratorní vyšetření**

Laboratorně vyšetřujeme hodnoty glykémie nalačno i po zátěži (glykemická křivka), v krevním obraze (KO) hemoglobin, počet erytrocytů, leukocytů, hematokrit, dále sedimentaci krevní (SK), koagulační parametry a proteiny akutní fáze (CRP). Velmi důležité je bakteriologické vyšetření, stěr z rány, který nás informuje o mikrobiální flóře osídlující spodinu bércového vředu. Kultivací mikrobů zjišťujeme citlivost na léčbu antibiotiky.

## 1.5 Léčba bércevého vředu

Ulcus cruris je otevřeným defektem, postihuje kůži a podkoží bérce. Onemocnění je chronického charakteru a vyžaduje dlouhodobou péči o ránu v terénu, mnohdy i hospitalizaci klienta na dermatologickém oddělení pro zhoršení stavu defektu nebo hospitalizaci na interním oddělení pro dekompenzaci základního onemocnění.

Každý případ, každý pacient musí být posuzován individuálně výběrem toho nevhodnějšího terapeutického postupu. V první řadě zjišťujeme *příčinu* onemocnění, dále se zaměříme na *stav rány*. Péče musí být zaměřena na organismus jako na celek, neboť hojené BV ovlivňují přidružená onemocnění a celkový stav organismu. V péči o pacienta s BV je nutno zvláště zdůraznit způsob *komplexní péče*.

### Komplexní péče zahrnuje:

**1. Léčbu zevní - A. konzervativní** – a) klasická, b) moderní, c) alternativní

**B. chirurgická, chirurgicko-plastická, kožní štěpy**

**2. Léčba systémová**

**3. Léčba fyzikální** - a) zevní komprese, b) přístrojová komprese, c) biostimulační lampa, d) hyperbarická oxygenoterapie, e) pohybová cvičení, RHB gymnastika

**4. Léčba radikální** – a) chirurgická, b) sklerotizační

**5. Preventivní opatření**

**6. Kontinuální sledování nemocného po zhojení**

Každá výše zmiňovaná léčba je velmi obsáhlá, daly by se o ní popsat desítky stran. Proto se nyní budu snažit jasně a stručně jednotlivé léčby popsat a seznámit vás s nimi alespoň okrajově.

### Konzervativní léčba

**Léčba klasická** se opírá o principy otevřeného ošetřování bércevéch vředů. Využívá se výplachů, obkladů, koupelí, používají se různé pasty, masti a tinktury.

<b>Obklady</b>	Rivanol, Persteril, Chloramin, Jarischův roztok, hypermanganový roztok, Calcaria, borová voda, různé roztoky s antibiotiky a další.
<b>Masti</b>	Framykoin mast, Borová vazelína, Kafrová mast, Borargentová mast, Chloramfenikolová mast, Majewského mast, UC7 pasta a další.
<b>Tinkтуры</b>	Genciánová violet', methylenová modř, apod.

### Mělo by se užívat doporučeného postupu v ošetřování BV:

1.	Vřed se osprchuje vlažnou vodou směrem shora dolů.
2.	Vřed a jeho okolí se osuší měkkým ručníkem nebo rouškou.
3.	Na vřed se přiloží obklad, což je smočená hydrofilní gáza v roztoku, který je určen k obkladům.
4.	Ošetří se okolí vředu - zinkovou pastou, zinkovým olejem, jiným prostředkem.
5.	Ošetří se vřed - mast se nanese přímo na spodinu anebo se mast aplikuje na gázu, která přes gázu pronikne na spodinu vředu.
6.	Přiložíme vícevrstevné krytí z hydrofilní gázy.
7.	Provede se fixace hydrofilním obvazem.
8.	U bércevého vředu žilního původu se přiloží kompresivní obvaz.

V posledních dvaceti letech dochází k velkému prolomení bariéry proti plošnému užívání klasické terapie, na vzestupu je **léčba moderní**, vycházející z principu fázového hojení ran. Vývojem vznikly stovky nových krytí a obvazových materiálů (transparentní polyuretanová krytí, pěnová polyuretanová krytí, pěnová silikonová krytí, hydrogely, gely, hydrokoloidní krytí, hydrovlákna, alginátová krytí, krytí s aktivním uhlím, absorpční krytí, síťové materiály,...), které příznivě ovlivňují hojení BV, zkracují dobu hojení a snižují náklady spojené s léčbou.

Jedním ze základních předpokladů zdárného hojení BV je odstranění odumřelé tkáně, vyčištění rány, zajištění přiměřeně vlhkého prostředí, udržování stabilní teploty. Krycí materiály by měly být nepropustné pro mikroorganismy, měly by však respektovat výměnu plynů a vodních par, tzn. aby byly prodyšné, neměly by vyvolávat přecitlivělost na daný materiál, důležitá je i jejich jednoduchá aplikace a snímatelnost.

Při výběru moderních krycích prostředků se vychází z jejich léčebného účinku daného materiálovým složením a fází hojení BV.

Do **alternativních léčby** bych zařadila ozonoterapii a larvoterapii (Maggot terapie). **Ozonoterapie** se využívá u všech forem poruch prokrvení tkání vzhledem k masivnímu okysličení, proto je vhodná i u léčby BV. Další předností ozónu je i účinek virucidní, baktericidní a fungicidní, příznivý vliv má i na imunitní systém, na stavy vyčerpání po těžkých úrazech a operacích.

**Larvoterapii** v posledních letech využívá stále více lidí. V naší ČR je již aplikována na 10 pracovištích. K larvoterapii jsou užívány larvy *Lucilia sericata* (bzučivka zelená). Ty svými trávicími šťávami selektivně rozrušují nekrotický materiál, kterým se následně živí. Zdravá tkáň, granulační tkáň i spodina rány však zůstávají nepoškozeny. Spodina rány je larvami dokonce stimulována, dochází k jejímu lepšímu prokrvení a stimulaci tvorby granulační tkáně. Sekret, který larvy produkují, je alkalické povahy a obsahuje **látky s baktericidními účinky**. Ty jsou účinné i u kmenů, které jsou rezistentní vůči léčbě antibiotiky (MRSA). Tato léčebná metoda je od r. 2008 hrazena zdravotní pojišťovnou.

### **Chirurgická léčba**

Do léčby zevní chirurgické patří incize, excize, abrace a chirurgický débridement. Pokud to dovolí zdravotní stav pacienta, měla by se při chirurgickém débridementu odstranit veškerá nekrotická, odumřelá a špatně prokrvená tkáň a fibrinové povlaky. Tím spodinu rány oživíme a snadněji můžeme začít proces hojení rány. Tento postup je indikován u vředů rezistentních na terapii.

V **léčbě chirurgicko-plastické** užíváme velké kožní transplantáty v plné tloušťce kůže (nejhodnotnější), malé kožní štěpy a síťované (meshované) kožní štěpy.

**Biologická léčba** obsahuje léčbu bioinženýrsky sestavenými tkáněmi a růstovými faktory. Užívá se keratinocytů – biologické štěpy.

### **Systémová léčba**

Stručně lze říci, že v této léčbě se zaměřujeme na 4 základní věci:

- \* příčinu bércového vředu
- \* přídavná onemocnění

- \* celkový stav pacienta
- \* subjektivní potíže

Dále si všímáme tišení bolesti, mobility pacienta, psychického stavu, systémové imunostimulace, zlepšení troficky postižené oblasti.

## **Fyzikální léčba**

Léčba **zevní kompresí obinadly a punčochami** v léčbě BV je považována za základní léčebné opatření. Je účinnou, nezastupitelnou a jednoduchou metodou, bez níž nelze očekávat jejich zhojení. Účinek kompresivní terapie na žilní systém je následující:

- zužuje rozšířené žíly
- snižuje žilní hypertenzi
- snižuje stupeň nedomykavosti žilních chlopní
- zabraňuje zpětnému žilnímu toku
- zvyšuje rychlost krevního proudění
- zlepšuje návrat žilní krve k srdci
- snižuje tvorbu otoku
- zlepšuje výkon svalově žilní pumpy
- je oporou svalstva a kloubního systému DK (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Zlepšením výše uvedených fyzikálních faktorů vede ke zmírnění zánětlivých faktorů, subjektivních příznaků a k hojení BV. Kompresivní léčba příznivě působí i na tepenný a mízní systém DK, což se projevuje zlepšenou cirkulací krve a úpravou odtoku mízní tekutiny.

Používaná kompresivní obinadla se vyrábějí v šířkách 8-14 cm a rozdělujeme je do dvou kategorií: obinadla s krátkým tahem (krátkotažná) a obinadla s dlouhým tahem (dlouhotažná). Obvazy jsou vyrobeny z materiálů s rozdílným chováním při napnutí, které je možno charakterizovat kvocientem pracovního a klidového materiálu. *Pracovní tlak* je dán odporem, který klade obvaz rozpínáním svalů při zapnutí svalové pumpy. Měří se vždy na pohybující se končetině a je vyšší tím, čím je menší roztažnost obvazového materiálu. *Klidový tlak* odpovídá v podstatě tlaku při přikládání obvazu, tj.

síle, kterou je nutno vynaložit k protažení obinadla při jeho přikládání. Měří se na nepohybující se končetině. Je tím menší, čím méně pružný je materiál, z něhož je obinadlo vyrobeno.

**Obinadla s krátkým tahem** jsou poměrně málo roztažitelná, mají silný kompresivní účinek, vysoký pracovní tlak a nízký klidový tlak. Mohou zůstat přiložena až několik dní (tedy i v noci), například až do dalšího plánovaného převazu BV. Obinadla s krátkým tahem (tažnost 40-90%) označujeme za jako **obvazy trvalé**. Příkladem krátkotažných obinadel je např. obinadlo *Ideal*, *Idealtex*, *Putter-Verband*, *Raucodur*. Do této skupiny patří i *zinkokliho*vý obvaz, který je nejméně poddajný, vyvíjí silný pracovní tlak, propagující až do hlubokých žil.

**Obinadla s dlouhým tahem** mají naopak nízký pracovní tlak a vysoký klidový tlak, proto se využívají jen k krátkodobé bandáži při pohybu, kdy se zapojuje činnost svalové pumpy. Tyto obvazy jsou označovány jako **obvazy střídavé, výměnné**. Jejich tažnost je 150-170% a mají silnou stahovací sílu. Dobře se přizpůsobují tvaru nohy, lépe na končetině drží, vytváří rovnoměrný tlak, jsou více pacienty oblíbené.

Důležité ale není to, co je či není u pacienta oblíbené, my musíme uvážlivě rozlišit při volbě mezi těmito dvěma druhy obinadel, která oblast žilního systému je postižena. Krátkotažná obinadla ovlivňují hluboký žilní systém a spojovací systém, dlouhotažná obinadla naopak působí na povrchový žilní systém. Obvazová technika vyžaduje cvik zkušenosti, správné přikládání není jednoduché. Aby byla léčba účinná, je nutno dodržovat 7 základních pravidel.

1.	Kompresivní obinadlo se má přikládat ráno, před svěšením končetiny do svislé polohy.
2.	Nohy a bérce musí v hlezenním kloubu svírat úhel 90 stupňů.
3.	Obinadlo musí pokrýt celou nohu včetně paty a lýtka (nikde nesmí být žádná volná mezera).
4.	Obinadlo musí být drženo na krátko, tah musí být pravidelný, jednotlivé otáčky se mají za dvou třetin překrývat, nesmí se tvořit přehyby.
5.	Tlak obinadla se musí směrem nahoru snižovat.
6.	Bandážování musí být prováděno v cirkulárních otáčkách nebo klasových túrách vzestupných, či sestupných, nikdy ne v horizontálních.
7.	Prohloubená oblast pod kotníky, jamky podkolenní – místa, kde není styčná plocha pro vyvinutý tlak – musí být vypolštářována.

Pokud je BV vyhojí, je pro pacienta výhodnější a pohodlnější využívat **kompresivních punčoch**. Jsou méně nenápadné, dobře se nosí a jejich aplikace je velmi jednoduchá. Kompresivní punčochy mají vysoký klidový tlak a nízký tlak pracovní, jsou tedy dlouhotažné. Pokud jsou punčochy správně zvoleny a oblečeny, pacient cítí velkou úlevu v nohách. I přes řady výhod, punčochy pacienti neradi nosí (důvody psychického charakteru). Kompresivní terapie je velmi důležitá, pomáhá posunout se v léčbě dopředu, dá se předejít recidivám.

**Přístrojová kompresivní léčba** v léčbě BV používá přístroje např. *Vasotrain*, *Pneufen* či *Lymfoven*. Indikace je podmíněna vybaveností příslušného pracoviště. **Vasotrain** je kompresivní přístroj, indikovaný při poruchách periferního prokrvení a bércového vředu. Končetina je vložena a utěsněna do válce z plexiskla a následně se střídají fáze podtlaku a přetlaku. V podtlakové fázi nastává pasivní překrvení, zvyšuje se průtok krve vlásečnicemi, ve fázi přetlaku dochází k vytlačování krve z periferního oběhu do centrální části. **Pneufen a Lymfoven** jsou pneumatické přístroje. Na končetinu se navlékají vícekomorové vaky s překrývajícími se segmentálními vaky. V určitých cyklech se směrem od periferie k centru jednotlivé komory plní a následně naráz vyprazdňují. Ve směru tlakové vlny dochází ke zrychlení proudění krve v žilním řečišti, redukcii žilního městnání a redukcii otoku končetiny.

Charakteristickou skupinou v dermatologii je aktinoterapie, patří též do fyzikální terapie. Z mnoha typů léčby bych se zvláště zmínila o **biostimulační lampě** (*Biolampa*, *Biotron lampa*). Biolampa je výsledkem výzkumu laserové terapie, lampa vydává polarizované uspořádané záření, polychromatické světlo o vlnové délce 500-2500 nm. Světlo má schopnost cíleně proniknout do hlubších struktur tkáně a šířit se v ní. Pronikající elektromagnetické vlnění posiluje buněčný metabolismus, čímž dochází k výraznému zrychlení regeneračních schopností a hojivých procesů, snižuje se bolestivost, potlačují se zánětlivé pochody v tkáni. Biolampa je unávanou léčebnou metodou v celé řadě oborů (dermatologie, chirurgie, pediatrie, rehabilitace, revmatologie, praktické lékařství,...).

Léčba v kyslíkové komoře (**hyperbarické komoře**) je nadějnou metodou a využívanou metodou v léčbě nehojících se defektů, tedy i BV. Pacient pobývá v komoře při tlaku 2-3 atmosféry a inhaluje čistý kyslík. Kyslík rozpuštěný v krevní plazmě

proniká přes kapiláry do okolní tkáně, tím se zlepšuje okysličení poškozených tkání a zvyšuje se přísun kyslíku potřebného pro tvorbu granulační tkáně.

Léčba pohybem (**pohybová cvičení, rehabilitační gymnastika**) je u léčby BV zvláště důležitá. Pohybem při chůzi za podpory kompresivní terapie se aktivuje svalově žilní pumpa, zlepšují se oběhové parametry v dolních končetinách, správně se navrácí žilní krev z periferie k srdci.

#### ***Používané a doporučované cviky:***

- správně nacvičená chůze, chůze po schodech
- přešlapování na místě, vystupování na špičky, kroužení v hlezenním kloubu
- krátký odpočinek v poloze vleže se zvednutými končetinami alespoň o 10 cm
- v poloze vleže „jízda na kole“, střídavé kmitání zvednutých nohou
- krčení a natahování nohou, pohyby s prsty
- hluboký nádech a výdech

Doplňující může být v rehabilitaci sportování, když to stav pacienta dovolí. Příkladem může být rekreační turistika, jogging, gymnastika, tanec, plavání, jízda na kole či rotopedu.

#### **Radikální léčba**

Jde o invazivní řešení, kterému se určití pacienti nevyhnou, za určitých okolností je indikována jako radikální terapie – chirurgická, popř. sklerotizační.

- Invazivní řešení chronické žilní nedostatečnosti – sklerotizační terapie
- Operační zákroky vedoucí k sanaci vředu – chirurgický zákrok

#### **Preventivní opatření**

K preventivním opatřením vzniku BV patří především *odstranění příčiny, odstranění rizikových faktorů* nebo jejich kompenzace, která obtíže redukuje. Prevence je vždy lepší než léčba. Vytvořením jakéhosi komplexu preventivních opatření a jeho dodržováním vždy pozitivně ovlivníme své zdraví a může zabránit vzniku onemocnění.



### ***Komplex preventivních opatření:***

- nošení kompresivních obinadel a punčoch
- vyhýbat se účinkům tepla – slunění, horké koupele, sauny
- pohybové aktivity zařadit denně do svého života
- sprchování nohou vlažnou, popř. studenou vodou, ruční masáže
- vyhýbat se dlouhodobému stání či sezení
- správná volba obuvi a oděvu, správná velikost a materiál
- boj proti obezitě – dietní opatření
- vyhýbat se požívání alkoholu, nekouřit
- zvážit užívání hormonální antikoncepce u žen
- podrobná a srozumitelná edukace pacienta
- kontrolovat zhojené BV a končetiny se sklonem k recidivám

## **1.6. Prognóza onemocnění**

Prognózu onemocnění určuje celá řada místních i celkových faktorů, jako např. etiologie, velikost, hloubka BV, délka trvání, mikrobiální osídlení rány, věk pacienta, celkový stav pacienta, mobilita pacienta a přidružená onemocnění.

Pokud budeme hovořit o BV žilního původu a jeho prognóze, lze říci, že pokud odstraníme příčinu BV a dodržujeme preventivní opatření, onemocnění se nebude opakovat. Je-li však postižení žilního a tepenného systému natolik závažné, že onemocnění postupuje, BV recidivují.

Existuje zde i malé procento takových vředů, jenž jsou nezhojitelné. Jsou to vředy nádorového původu, ulcerace vzniklé po radioterapii, ulcerace u těžkých forem diabetu (až amputace nohy), ulcerace podmíněné rozsáhlou flebotrombózou. U těchto nezhojitelných ulcerací je potřeba dosáhnout takové úrovně ošetření, aby se zlepšila kvalita života takto „hendikepovaného“ jedince.

## Změna kvality života

Bércový vřed je obávaný strašák všech lidí s cévními problémy. Onemocnění si nevybírá, postihuje muže i ženy, zejména vyššího věku s mnoha dalšími zdravotními problémy. Obvykle je výsledkem chronických potíží, rozvíjí se plíživě, prudce **snižuje kvalitu života**, léčba onemocnění bývá svízelná, náročná na čas i psychiku nemocného.

Bércové ulcerace významným způsobem ovlivňují život pacientů, zásadně mění jeho kvalitu. Bolest je jedním z hlavních faktorů, které snižují kvalitu života pacientů s BV. Bolest může mít za následek poruchy spánku, snížení chuti k jídlu, omezení mobility. Důsledkem může být sociální izolace, závislost na pomoci druhých, omezení zájmových aktivit i běžných denních činností v domácnosti. Ovlivněna je zásadně i psychika pacientů, mnoho z nich trpí úzkostí a depresemi. Strachem, že jsou „špinaví“, že nejsou ve svém okolí přijímáni.

Ale i přesto, je toto onemocnění řešitelné a jeho léčba může být úspěšná, kvalita života se může výrazně zvýšit (zlepšit), pokud bude každý člověk s onemocněním BV znát a dodržovat preventivní opatření, bude edukován o svém onemocnění, bude nápomocen v léčbě, bude spolupracovat s lékařem a lidmi podílejících se na jeho ošetřování.

## 2 Ošetrovatelská péče o pacienta s chronickou žilní nedostatečností dolních končetin

### 2.1 Základní ošetrovatelská péče

Tuto péči zajišťuje převážně primární a skupinová sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu.

Podrobněji lze říci, že ošetrovatelská péče je poskytována v jednotlivých *doménách*:

- 1. Podpora zdraví:** zahrnuje hodnocení zdravotního stavu pacientem, do jaké míry dodrží léčebný režim.
- 2. Výživa a metabolismus:** zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu, hodnocení stavu výživy.
- 3. Vylučování a výměna:** popisuje funkci GIT, močového měchýře a kůže, respirační funkce.
- 4. Aktivita a odpočinek:** popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, relaxaci, hodnocení úrovně soběstačnosti.
- 5. Vnímání, poznávání:** informační systém člověka, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, paměť, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.
- 6. Vnímání sebe sama:** podvědomí o sobě samém, sebepojetí, své pocity.
- 7. Vztahy:** popisuje plnění rolí, pracovní vztahy.
- 8. Sexualita:** hodnotí své sexuální obtíže a vztahy. Obzvláště citlivé téma, nutné zachovat diskrétnost.
- 9. Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu:** vyjadřuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací.
- 10. Životní principy:** zásady a postoje, které zaujímá, žebříček hodnot, náboženské vyznání a přesvědčení.
- 11. Bezpečnost a ochrana:** zdravotník zde hodnotí rizika infekce, pádu.
- 12. Komfort:** pacient se vyjadřuje ke své bolesti, stavu pohody či nepohody.
- 13. Růst/vývoj:** celkové prospívání.

Pacienti, kteří mají chronickou žilní nedostatečnost (CVI - patofyziologický stav), mají porušeny mechanismy žilního návratu krve k srdci, dochází k městnání krve v dolních končetinách a ke zvýšení žilního tlaku – k rozvoji žilní hypertenze. Mezi **nejčastější problémy** těchto pacientů s CVI a BV patří:

- Nedostatek informací o své onemocnění a vzájemné souvislosti dalších onemocnění (etiologie, patofyziologie, příčiny, komplikace, léčba).
- Otoky a bolest dolních končetin.
- Únava a slabost.
- Přidružená infekce při porušené integritě kůže a tkáně.
- Zhoršená mobilita.
- Sociální izolace.
- Porušený obraz o sobě samém.
- Deprese, úzkost, strach z budoucnosti.

Cílem ošetrovatelské péče je pak eliminace těchto deficitů, potíží anebo jejich snížení.

## 2.2 Specifická ošetrovatelská péče

- **Zdravotně výchovná činnost = Edukace.** Je jednou z hlavních funkcí ošetrovatelství, je součástí ošetrovatelského procesu. Cílem je působení na pacienta tak, aby se zlepšila jeho kvalita života. K dosažení takové změny je potřeba, aby sestra byla aktivní. Edukaci, kterou provádí, musí být záměrná a cílevědomá. Edukace je nezbytnou a nenahraditelnou součástí léčby. Edukace pacienta s CVI a BV je zaměřena především na dané onemocnění (etiologii, patofyziologii, příčiny, komplikace, léčbu), dále pak edukujeme P o správném způsobu péče o ránu, o dietních opatřeních, o vlivu cvičení a kompresivní bandáže na cévní systém, o úlevových polohách při silných bolestech a přiměřeného odpočinku.

- **Dietoterapie** = změnou špatných stravovacích návyků, výběrem vhodných potravin a jejich zařazením do jídelníčku pacienta lze pozitivně ovlivnit onemocnění a jeho léčbu. Stravy by měla být vyvážená v obsahu cukrů, tuků, bílkovin, minerálních látek, stopových prvků a s obsahem vlákniny. Málo známá je pohanka, která má přitom velký obsah rutinu tolik potřebný pro cévní systém. Přednostně upravujeme potraviny vařením, dušením, vařením v páře. Pozor si musíme dát na pečení, grilování, smažení pokrmů v tuku, požívání velkého množství uzenin. Též nesmíme zapomenout na dodržování pitného režimu 1,5 – 2 l denně. Vhodné nápoje jsou bylinné čaje, neperlivá voda, ovocné šťávy. Pozor musíme dát u vod minerálních pro jejich vysoký obsah iontů, což u pacientů s onemocněním srdce nebo ledvin může způsobit problém. Káva dehydratuje organismus, je to jen pochutina, mezi tekutiny denního příjmu ji nezařazujeme. Stejně jako alkohol (víno, pivo, destiláty)
- **Rehabilitace** = je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo přecvičení jednotlivce k nejvyšší možné funkční schopnosti. Na RHB u pacientů s CVI a BV nesmíme zapomínat a zlehčovat ji. Má v léčbě své nezastupitelné místo. **Cílem** RHB je obnovit soběstačnost, posílení svalových struktur, vlivu svalově – žilní pumpy na návrat venózní krve zpět k srdci, dále znovuzřízení nemocného do aktivního a kvalitního života, snížení závislosti na pomoci druhých osob, posílení psychické pohody a nepřítomnosti sociální izolace. Cílem je též nácvik každodenních činností a aktivního pohybu, prevence respiračních komplikací
- **Ergoterapie** = léčba prací, je též léčebná metoda. Jde o nácvik činností – aktivit s cílem pomoci pacientovi. Aby se stal samostatným a soběstačným v osobním, pracovním a společenském. Jestliže tato aktivita podporuje tělesné a psychické funkce, napomáhá současně návratu funkčních schopností

Ráda bych se zmínila o **specifiku interního oddělení nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích**. Na tomto oddělení se nachází *ambulance*, která je speciálně určená k převazům bércových vředů. A to u pacientů hospitalizovaných, ale i pacientů, kteří do ambulance docházejí. Ambulance je v provozu od 6 do 14 hodin ve všední dny. Vytíženost je maximální, ambulantní pacienti jsou plánovaně objednávaní. Přednost mají samozřejmě pacienti hospitalizovaní.

Dalším specifikem je zde léčba ozónem – *ozonoterapie*. Často se používá termín „biooxidační terapie.“ To znamená, že jde o terapie, které zlepšují využití energie na buněčné úrovni. Oxidace je nejdůležitějším účinkem dýchání „oxygenace.“ Využívá k léčení směs O<sub>2</sub>/O<sub>3</sub> Tato směs se aplikuje formou injekcí přímo do nemocných tkání, formou střevního nálevu do konečníku, nebo formou autotransfúze. Možné jsou i koupele v ozonové atmosféře – voda nasycená ozonem nebo vzduch, kdy tělo je ve speciální vaně a hlava mimo. Zde se uplatňuje hlavně vstřebávání přes kůži podobně jako u uhličitých vodních nebo vakových koupelí. Nejúčinnější je však forma autotransfúze. Dochází k ovlivnění krevních buněk, jejich regeneraci, a tím k přímému účinku na tkáně v celém těle. Nasatí se červené krvinky kyslíkem a dojde k prokrvení všech tkání včetně mozku. Transplantace kyslíku na červené krvinky. Léčba je vhodná u všech forem poruch prokrvení tkání. Dojde také ke sterilizaci krve a tudíž odstranění všech virů, bakterií a plísní z organismu. Vhodné tam kde je porucha prokrvení a infekce zároveň-diabetické komplikace. Hlavní využitelné **vlastnosti léčby ozonem**:

- Podpora prokrvení všech tkání včetně CNS - ischemie centrální i periferní
- Baktericidní, fungicidní a virucidní - chronické infekce včetně intarcelulárních a HIV
- Energetický efekt - stavy vyčerpání psychické i fyzické, stres.
- Imunorestaurační efekt - autoimunní poruchy, alergie apod.

**Formy léčby:** ozonizovaná voda, ozonizované masti a oleje (Ozolol), externí aplikace na kůži nebo celé končetiny pomocí naplněných sáčků ozónem, intradermální aplikace, subkutánní, intramuskulární, intravenózní, intraarteriální, intraartikulární, velká autohemoterapie (VAH), rektální aplikace.

### 3 Ošetřovatelský proces u pacienta s bércovým vředem

Ošetřovatelský proces byl zaveden v 50. letech 20. století a byl všeobecně přijat jako základ ošetřovatelské praxe. Od roku 1973 je součástí mezinárodní standard ANA (American Nurses Association).

Ošetřovatelský proces je myšlenkový algoritmus a série vzájemně propojených činností, které vedou k uspokojení potřeb nemocného/klienta. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetřovatelství používají. Je to individualizovaný přístup k ošetřovatelské péči o pacienta, orientovaný na řešení problému.

„Ošetrovateľstvo či ošetrovateľská prax znamená identifikáciu a spravovanie odpovedí ľudí na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy a zahŕňa vlastný výkon starostlivosti a dohľad nad úlohami a službami, ktoré – či už priamo alebo nepriamo – v spolupráci s pacientom alebo osobami poskytujúcimi zdravotnú starostlivosť okrem sester majú za cieľ zlepšovanie zdravia, prevenciu chorôb, úľavu pri utrpení, návratie zdravia a optimálny vývoj zdravotného potenciálu, zahrnujúci všetky aspekty procesu ošetrovateľstva“. (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a, s. 3)

Ošetřovatelský proces jsem vypracovala s pacientkou, která byla plánovaně přijatá na interní oddělení nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích.

#### Identifikační údaje:

<b>Jméno a příjmení :</b> X.Y.	<b>Pohlaví :</b> žena
<b>Datum narození :</b> 1944	<b>Věk :</b> 67
<b>Adresa bydliště a telefon :</b> -----	
<b>Adresa příbuzných :</b> -----	
<b>RČ :</b> -----	<b>Číslo pojišťovny :</b> VZP 111
<b>Vzdělání :</b> střední odborné učiliště	<b>Zaměstnání :</b> důchodkyně
<b>Stav :</b> vdova	<b>Státní příslušnost :</b> ČR
<b>Datum přijetí :</b> 11.9.2010	<b>Typ přijetí :</b> plánovaný
<b>Oddělení :</b> interní oddělení nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích	<b>Ošetřující lékař :</b> -----

**Důvod přijetí udávaný pacientem :**

„Přišla jsem do nemocnice, abych si vyléčila moje vředy, které se v posledních pěti letech stále jen zhoršují“.

**Medicínská diagnóza hlavní :**

- Ulcera cruris bilateralis

**Medicínské diagnózy vedlejší :**

- Varices cruris bilateralis
- CVI – Chronická žilní insuficience
- Lymfedema dolních končetin
- Kompenzovaná chronická ICHS
- Lehká hypochromní anémie
- Erysipelas cruris dx.
- Obesitas

**VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ**

<b>TK :</b> 140/90 mm/Hg	<b>Výška :</b> 164 cm
<b>P :</b> 67'	<b>Hmotnost :</b> 90 kg
<b>D :</b> 20' / min	<b>BMI :</b> 34,5
<b>TT :</b> 36,8' C	<b>Pohyblivost :</b> chodící, dopomoc fr.holí
<b>Stav vědomí :</b> při vědomí, orientovaná	<b>Krevní skupina :</b> B+

**Nynější onemocnění :**

Pacientka X.Y., 67 let, plánovaně přijata k hospitalizaci na interní oddělení v nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích pro zhoršující se stav bércových vředů na DKK s infekcí komplikací, poslední 3 měsíce převazy 2-3krát denně, neschopna tuto situaci zvládat sama v domácím prostředí. Bércové vředy od r. 1980, posledních 5 let defekty nezhojeny. Léčí se pro chron. ICHS přes 10 let. Lymfatické otoky na obou DK.

**Informační zdroje :**

- výpověď pacientky
- dokumentace pacientky ( karta pacientky od praktického lékaře)



## **Anamnéza:**

Anamnézu jsem od pacientky sbírala od 11.9.2010 do 20.12.2010.

## **Rodinná anamnéza :**

**Matka :** doposud žije, 95 let, varixy na DKK

**Otec :** byl kardiak, léčil se s bérčovými vředy, diabetik II.typu na PAD

**Sourozenci :** bratr je diabetik II.typu na INZ., ICHS- hypertenze, obezita

Sestra varixy na DKK

**Děti :** 5 dětí, nyní bez závažných onemocnění

## **Osobní anamnéza :**

### **Překonané a chronické onemocnění :**

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, vážněji nikdy nestonala. Přes 10 let léčena pro chronickou ICHS. Dále je po plicní embolii. Bérčové vředy od r. 1980 střídavě se otevírající a hojící. Velké křečové žíly na DKK.

### **Hospitalizace a operace:**

V roce 1990 fraktura kolena na levé končetině – operace.

### **Úrazy :**

Fraktura kolena LK.

### **Transfúze :**

Ano, po porodu třetího dítěte.

### **Očkování :**

Pacientka prodělala jen běžná dětská očkování.

## **Alergologická anamnéza:**

**Léky:** negativní – pacientka neudává žádnou lékovou alergii

**Potraviny :** negativní – pacientka neudává žádnou potravinovou alergii

**Chemické látky :** negativní – pacientka neudává žádnou alergii na chemické látky.

**Jiné :** negativní – pacientka neudává žádnou jinou alergickou reakci.

## **Abúzy:**

**Alkohol:** negativní – pacientka je abstinent.

**Kouření:** negativní – nekuřačka.

**Káva:** ano – 1x denně

**Léky:** ano – dle ordinace lékaře

**Jiné drogy:** negativní

### **Léková anamnéza:**

<b>Název léku</b>	<b>Forma</b>	<b>Síla</b>	<b>Dávkování</b>	<b>Skupina</b>
Digoxin	Tbl.	0,250 mg	1x1 tbl.	Kardiotonium
Prestarium	Tbl.	4 mg	1x1 tbl.	Hypotenzivum
Detralex	Tbl.		2x1 tbl.	Venofarmakum
Vessel Due F	Tbl.		2x1 tbl.	Venofarmakum
Anopyrin	Tbl.	100 mg	1x1 tbl.	Antikoagulancium Antiagregancium
NitroMack Ret.	Tbl.		2x1 tbl.	Vazodilatancium
Furon	Tbl.	40 mg	Ob den 1x1 tbl.	Diuretikum
Penicilin i. m.	Injekce		3x1 á 5 ml.	Antibiotikum
Zanocin	Tbl.	200 mg	2x1 tbl. – po 10 dní	Antibiotikum
Aktiferin	Tbl.		1x1 tbl.	Antianemikum
Ibuprofen	Tbl.	400 mg	1x1 tbl.	Analgetikum
Diazepam	Tbl.	10 mg	1x1 tbl.	Hypnotikum

### **Ošetřování ulcerací:**

Systogen pulv.	Do defektů	Hemostatiku
Iruxol	Do defektů	Dermatologiím
Betadine	Do defektů	Antiseptikum
Bactroban	Na okolí vředů	Antibiotikum
Panthenol spray	Na okolí i do defektů	Vitamín B5
Nugel	Do defektů	Dermatologiím
Ozónový olej	Do defektů	Antiflogistikum

**Dále:**

Intravenózní ozónoterapie, transdermální ozónoterapie, terapie biolampou, terapie laserovou lampou.

**Gynekologická anamnéza:**

**Menarché** : od 12-ti let

**Menopauza** : v 52 letech

**Potíže klimakteria** : návaly horka

**Porody**: 5 porodů, spontánních

**Abort**: 0

**Samovyšetřování prsou** : neprovádí sama, mamografické vyš. 1x za rok

**Poslední gynekologická prohlídka** : preventivní prohlídka 1x za rok, poslední 01/2010

**Sociální anamnéza:**

**Stav**: vdova

**Bytové podmínky**: žije spolu se svou maminkou v rodinném domku na vesnici

**Vztahy, role a intervence** - v rodině - jsou velmi dobré, bez problémů

- mimo rodinu – jsou též velmi dobré, bez problémů

**Záliby**: vaření, zahrádkaření, ráda se dívá na TV a poslouchá rádio, ráda si čte

**Volnočasové aktivity**: ráda se navštěvuje se svými přáteli

**Pracovní anamnéza:**

**Vzdělání** : pacientka vystudovala střední odborné učiliště

**Pracovní zařazení** : nyní již v důchodu, dříve pracovala jako kuchařka

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého** : v roce 1996 odchod do starobního důchodu, ve věku 53 let

**Vztahy na pracovišti** : před odchodem do důchodu měla pacientka velmi dobré vztahy na pracovišti, vztahy udržuje dodnes

**Ekonomické podmínky** : dostačující

**Spirituální anamnéza:**

**Religiózní praktiky**: vyznání církve římsko-katolické, každou neděli navštěvuje kostel

## FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU:

Posouzení stavu ze dne 3.10.2010.

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	<p>„Nosím brýle na čtení.“</p> <p>„Zatím slyším dobře.“</p> <p>„Chybí mi už 8 zubů, ale protézu zatím nepotřebuji.“</p> <p>„Když dlouho čtu, bolí mě pak za krkem.“</p>	<p><b>Hlava:</b> Normocefalická, fyziolog. postavení bez třesu, neudává malátnost či závratě, motorická inervace obličeje stejná vpravo i vlevo.</p> <p><b>Oči:</b> Bulvy ve středním postavení, volně pohyblivé, spojivky jsou růžové bez patologické sekrece, bělma bílá, zornice izokorické, pozitivní na fotoreakci, pacientka dalekozraká – nosí brýle na čtení.</p> <p><b>Uši:</b> Velikost boltce v mezích normy, na pohmat nebolestivé, bez patolog. sekrece, slyší dobře na pravé i levé ucho.</p> <p><b>Nos:</b> Sekrece z nosu není, bez projevů krvácení (epistaxe).</p> <p><b>Rty:</b> Barva růžová, bez cyanózy, hydratované.</p> <p><b>Dutina ústní:</b> Jazyk plazí ve střed. rovině, růžový, bez povlaku, vlhký. Chrup dosud vlastní, počet zubů 24, bez umělé protézy.</p> <p><b>Krk:</b> Pacientka udává bolestivost krční páteře při špatném pohybu, přetížení. Mízní uzliny nezvětšeny. Štítná žláza nehmatná, nezvětšená, na pohmat nebolestivá.</p>
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	<p>„Mám velká prsa.“</p> <p>„Zadýchávám se při chůzi a při zátěži.“</p>	<p><b>Prsa:</b> Barva kůže na obou prsou stejná, symetrická, velká. Samovyšetření sama neprovádí, mamografické vyšetření absolvuje každý rok.</p> <p><b>Hrudník:</b> Po obou stranách symetrický, kožní integrita neporušena, poklep hrudníku plný. Dýchání eupnoické, čisté, volné, poslechově sklípkové dýchání. Pacientka subjektivně dýchá dobře.</p>
<b>Srdeční a cévní systém</b>	<p>„Občas mívám tíhu na hrudi, léčím se se srdcem a mám vysoký tlak.“</p>	<p><b>Srdce:</b> Srdeční ozvy zvučné, slyšitelné dvě, systolická a diastolická, šelest na srdci není. Akce srdeční pravidelná, 70'/min, krevní tlak 150/90 mm/Hg, tlak</p>

<b>Srdeční a cévní systém</b>		medikamentózně kompenzován pro hypertenzi. <b>Cévy:</b> Na dolních končetinách četné varixy, pulzace hůře hmatná kvůli přítomnému otoku, viditelné zánětlivé změny, nohy překrvené, zarudlé.
<b>Břicho a GIT</b>	„Jím všechno, břicho mě nebolí. Ale zácpou trpím již řadu let.“	<b>Břicho:</b> Břicho souměrné, špatně prohmatné pro obezitu, při palpacii zvýšená citlivost v oblasti tlustého střeva, není přítomný ascites. Rezistence hmatná v tlustém střevě. Peristaltika přítomna, snížená frekvence stolice. <b>Žaludek a slezina</b> nebolestivá, nezvětšená. <b>Žlučník a játra</b> nehmatná, nezvětšeny, nebolestivá. Operace žádné v dutině břišní pacientka neměla.
<b>Močový a pohlavní systém</b>	„Sestřičko, když si pšiknu nebo zakašlu, tak si cvrnknou do kalhotek.“	<b>Močový systém:</b> Ledviny bimanuální palpací nehmatné, nebolestivé, močový měchýř nezvětšen. Denní příjem 1500-2000 ml. Diuréza závislá na denním příjmu tekutin. Barva moči žlutá, normální, bez patologických příměsí. Stresová inkontinence při zvýšeném nitrobřišním tlaku. <b>Pohlavní systém:</b> Zevní poševní ústrojí – labia majora jsou nezduřelá, výtok z pochvy není přítomen, poslední menstruace v 53 letech, gynekologické vyšetření 1x ročně.

<b>Kosterní a svalový systém</b>	„Při chůzi mě bolí nohy.“ „Jsem po operaci kolena.“	<b>Klouby:</b> Rozsah kolenního kloubu na LK omezen po fraktuře v r. 1990, palpačně stále zvýšená citlivost. Ostatní klouby v plném rozsahu. <b>Páteř</b> s mírnými sklerotickými změnami vzhledem k věku, mírná skolióza k pravé straně, dynamika páteře neporušena. <b>Svaly:</b> Tonus přiměřený, svalová síla přiměřená. <b>Horní končetiny</b> jsou symetrické, bez problémů. Na <b>dolních končetinách</b> přítomny otoky, nohy asymetrické. <b>Pohyblivost:</b> Chodí sama s dopomocí holí.
----------------------------------	--	--

		Pacientka udává silnou bolest při chůzi a námaze.
<b>Nervový a smyslový systém</b>	„Používám brýle jen na čtení.“	Pacientka je orientovaná v čase, prostoru, místě, situaci i osobě. Na stupnici Glasgow Coma Scale dosáhla 15 bodů. Pacientka dosud <b>slyší</b> dobře, hučení v uších není přítomno, nepotřebuje kompenzační pomůcky. Pacientka <b>vidí</b> špatně na blízku, používá brýle na čtení, do dálky vidí dobře. Pacientka nepozoruje žádné změny <b>chutě</b> . <b>Dobře reaguje</b> na teplo, chlad i bolest.
<b>Endokrinní systém</b>	„Nejsem nemocná se štítnou žlázou.“	Štítná žláza je nehmatná, nezvětšená, symetrická, na pohmat nebolestivá. Jiné nemoci endokrinního systému nezjištěny.
<b>Imunologický systém</b>		Pacientka neudává žádnou formu alergie. Pacientka nemá zjištěnou žádnou poruchu imunitního systému.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„Mám bércové vředy na obou končetinách.“	<b>Kůže</b> na těle růžová, prokrvená, bez známek ikteru. V oblasti bérců obou dolních končetin zarudlá, s defekty, přítomnost bilaterálních otoků. Zaschlé krusty na bércích. V oblouku vnitřního kotníku na LDK i PDK velký defekt velikosti dlaně s povleklou spodinou. Dále na zevní straně v distální třetině bérce je mnoho dalších defektů do průměru 2 cm s povleklou spodinou. Masivní sekrece z defektů. Končetiny s kamašovým typem bércových vředů. <b>Vlasy</b> jsou prošedivělé, nelámou se. <b>Ochlupení</b> přiměřené, vypadávání v normě. <b>Nehty</b> pevné, silné. <b>Jizva</b> jediná jedna přítomna na koleni po operaci.

#### Poznámky z tělesné prohlídky :

S pacientkou se mi velmi dobře spolupracovalo, nebyly přítomny žádné potíže.

## **Aktivity denního života:**

### **Výživa:**

Současná hmotnost je 85 kg, od přijetí v nemocnici pacientka zhubla 5 kg. Výška je 164 cm. Body Mass Index (dále jen BMI) je 31,6. Pacientka má obezitu 1. stupně, vysoké zdravotní riziko. Pacientka se stravuje 5x denně. Denně vaří čerstvé teplé jídlo, nejvíce jí vepřové a hovězí maso, kuřecí a ryby jen málo. Netrpí nechutenstvím, nauzeou ani zvracením. Nemá potíže s kousáním a polykáním. Alergii na žádné jídlo neudává. Pobytem v nemocnici se změnil její příjem potravy, jí pravidelně, menší porce jídla, strava je pestřejší na druhy masa, jí více ovoce a zeleniny. Dieta č. 8 – redukční.

### **Příjem tekutin:**

Příjem tekutin za den 1,5 – 2 litry, pacientka nemá příznaky dehydratace, sliznice vlhké, kožní turgor v normě. Nejraději pije obyčejnou vodu a bylinné čaje, někdy minerálku. Kávu pije tureckou 1x denně, alkohol žádný – je abstinentka. Příjem tekutin se v poslední době nezměnil.

### **Vylučování moče:**

Pacientka močí bez potíží, moč žluté barvy, bez patologických příměsí, zápach moče slabý, příjem odpovídá výdeji. Frekvence vyprazdňování 6-7x za den, 1x v noci. Frekvence se za poslední dobu nezměnila. Pacientka trpí stresovou inkontinencí, má oslabené pánevní dno, při zvýšeném nitrobřišním tlaku dochází k úniku malého množství moče. Bolest či pálení při močení neudává.

### **Vylučování stolice:**

Pacientka má potíže s vyprazdňováním stolice. Doma se vyprazdňuje 2x týdně, stolice tuhá, zapáchající. V nemocnici defekace co dva dny. Pacientka netrpí inkontinencí stolice. Frekvence vyprazdňování se v poslední době zvýšila, stolice formovaná, měkká. Krvácivé projevy ve stolici nezjištěny.

**Spánek a bdění:**

Pacientka chodí pravidelně spát ve 21 hodin. Spí 7 – 8 hodin denně. Nemá potíže s usínáním. Probouzí se před pátou hodinou ranní. V nemocnici se pacientka budí kvůli ruchu na pokoji a oddělení, jde 1x v noci na WC. Ráno se cítí unavená. Unavená se cítí i během dne. Pacientka užívá hypnotika. Změna spánku v poslední době nastala, došlo ke zhoršení.

**Aktivita a odpočinek:**

Pacientka je ve starobním důchodu od 53 let. Mezi její koníčky patří četba, vaření, zahradničení, koukání na TV, poslech rádia. Přes den nikdy nespí (viz. Příloha C).

**Hygiena:**

Pacientka se jen sprchuje. Koupání je nevhodné vzhledem k varixům a defektům na dolních končetinách. Hygienu zvládá denně sama. Celkově působí upraveně a čistě.

**Samostatnost:**

Pacientka je nezávislá na jiné osobě, plně schopná provádět činnosti sama (viz. Příloha A).

**Sexualita:**

Pacientka není sexuálně aktivní. Nežije v žádném partnerském vztahu.

**Posouzení psychického stavu:****Vědomí:**

Pacientka je při plném vědomí, orientovaná prostorem, místem, časem a osobou. Na stupnici Glasgow Coma Score (GCS) jsem pacientu ohodnotila 15 body (viz. Příloha B).

**Orientace:**

Pacientka je zcela orientovaná v čase, prostoru, místě, situaci i osobě.



**Nálada:**

Nálada je přiměřená stavu, nemá strach z budoucnosti. Pacientka spokojená, veselá.

**Paměť dlouhodobá:**

Pacientka má dobrou dlouhodobou paměť.

**Paměť krátkodobá:**

Pacientka má dobrou krátkodobou paměť.

**Myšlení:**

Pacientka adekvátně reaguje na otázky, myšlení má logické.

**Temperament:**

Pacientka je sangvinička, extrovert.

**Sebehodnocení:**

Pacientka má zdravé sebehodnocení, má k sobě samé kladná postoj.

**Vnímání zdraví:**

Pacientka se chce uzdravit, vyléčit své bércové vředy. Věří ošetřujícímu zdravotnímu personálu, věří v uzdravení.

**Vnímání zdravotního stavu:**

Pacientka pociťuje změny ve svém zdravotním stavu ve smyslu zlepšení. Objektivně i subjektivně jsou vidět pozitivní změny.

**Reakce na onemocnění:**

Pacientka má přiměřenou reakci na onemocnění, je plně informována.

**Adaptace na onemocnění:**

Pacientka má dobrou adaptaci na onemocnění, je smířená se svojí nemocí.

**Projevy jistoty a nejistoty:**

Pacientka se obává recidivy onemocnění v budoucnosti.

**Reakce a zkušenosti s hospitalizací:**

Pacientka již byla hospitalizovaná, s péčí byla spokojena (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b, NEJEDLÁ, 2006).

**Posouzení sociálního stavu:****Verbální komunikace :**

Pacientka odpovídá adekvátně, je jí dobře rozumět, velmi dobrá jazyková zručnost.

**Neverbální komunikace:**

Pacientka má přiměřenou, odpovídající neverbální reakci (mimika, gesta, držení těla).

**Informovanost o onemocnění:**

Pacientka je velmi dobře informovaná o svém onemocnění.

**Informovanost o diagnostických metodách:**

O prodělaných diagnostických metodách byla pacientka dobře informována.

**Informovanost o léčbě a dietě:**

Pacientka je velmi dobře o léčbě i dietě informována.

**Informovanost o délce hospitalizace:**

Pacientka je informována o délce hospitalizace.

**Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou stylu v průběhu nemoci a hospitalizace:**

- **Primární (role související s věkem a pohlavím):**

Pacientka je srovnána s primární rolí.

- **Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi):**

Pacientka je srovnána se sekundární rolí.

- **Terciární (související s volným časem a zálibami):**

Pacientka je srovnána s terciární rolí (KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995a; KOZIEROVÁ, ERBOVÁ, OLIVIERIOVÁ, 1995b, NEJEDLÁ, 2006).

### **Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi:**

- Barthelův test základních denních činností
- Glasgow Coma Scale
- Test instrumentálních všedních činností
- Základní nutriční screening
- Dotazník sledování bolesti
- Průběh bolesti během 24 hodin
- Fotodokumentace BV během hospitalizace

### **Medicínský management:**

- Proběhlá vyšetření v průběhu hospitalizace:

11.9.2010	EKG záznam, biochem. vyšetř. krve, moč + sediment, KO, FW, Quit, RTG S+P
20.9.2010	stěr z PDK na kultivaci
4.10.2010	kontrolní stěr z PDK na kultivaci
5.10.2010	FW, CRP, KO
9.11.2010	KO, FW, Quit, moč + sediment
10.12.2010	FW, CRP, KO
18.12.2010	Kontrolní interní vyšetření

- Dieta: 8 – redukční  
Pohybový režim: chodící  
RHB - ano

- Medikamentózní léčba : viz. léková anamnéza
- Jiná léčba: Intravenózní ozonoterapie, transdermální ozonoterapie, terapie biolampou, terapie laserovou lampou.

### **Situační analýza:**

Pacientka X.Y. byla plánovaně přijata na interní oddělení nemocnice Milosrdných bratří Ve Vizovicích pro léčbu rozsáhlých bércových vředů na obou končetinách z důvodu neustálého zhoršování jejího stavu. Zpočátku se stav zkomplikoval erysipelem pravého bérce (*Streptococcus beta-hemolyticus*), který se podařilo úspěšně vyléčit Penicilinem i.m. a Zanocinem p.o. během 10 dnů. Specifikem vizovické nemocnice Ozonoterapie – léčba ozónem. Pacientka podstoupila léčbu lokální (transdermálně pomocí sáčků plněných směsí kyslíku a ozónu) i léčbu celkovou (intravenózně 10x, viz. Příloha G). Denně ji byly kontrolovány defekty a následně ošetřovány (viz. Příloha H – popis léčby a fotografie defektů). Kompresivní terapii dodržovala po celou dobu hospitalizace, rehabilitovala sama i s pomocí odborného fyzioterapeuta. Vzhledem k obezitě dieta č.8 – redukční, během hospitalizace za 101 dnů pacientka zhubla o 5 kilogramů. Byla edukována (nutričním terapeutem) o vhodné životosprávě, pitném režimu, dietních opatřeních a pravidelnosti v jídlu.

Z fyzikálního vyšetření sestrou, z analýzy aktivit všedního dne, z posouzení psychického a sociálního stavu vyplynulo, že pacientka trpí dlouhodobě chronickou bolestí dolních končetin, chronickou obstipací, má porušenou kožní integritu na bércích DK, má stresovou inkontinenci, poruchou spánku, deficit informací o svém onemocnění, léčbě a správném efektivním ošetřování, deficit informací o životosprávě při jejím onemocnění.

Během pobytu v nemocnici došlo k úplnému zhojení defektů na obou dolních končetinách a pacientka byla propuštěna domů.

## **Stanovení sesterských diagnóz a jejich uspořádání podle priorit:**

### **Aktuální diagnózy:**

- 00044 Porušená celistvost kůže související s hlubokou tkáňovou destrukcí projevující se sekrecí z defektů a pálivou bolestí.
- 00132 Bolest akutní v souvislosti s převazem BV projevující se verbalizací, škála VAS 8.
- 00095 Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí projevující se špatným usínáním, častým buzením během noci a únavou během dne.
- 00017 Stresová inkontinence moči v souvislosti s obezitou projevující se únikem moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku.
- 00085 Pohyblivost zhoršená z důvodu bolesti dolních končetin projevující se pomalým pohybem a krátkými kroky.
- 00024 Tkáňová perfúze periferní neefektivní z důvodu základního onemocnění projevující se otoky a zpomaleným hojením ran.
- 00011 Zácpa z důvodu dlouhodobého užívání diuretik (furosemid) a kardiotonik (Digoxin) projevující se obtížným vyprazdňováním suché a tvrdé stolice.
- 00133 Bolest chronická z důvodu základního onemocnění projevující se verbalizovanými stesky pacientky.
- 00118 Porušený obraz těla o sobě samé v souvislosti s onemocněním BV projevující se skrýváním dolních končetin před okolím.
- 00126 Znalost ve výživě nedostatečná z důvodu neobeznámenosti se zdroji informací (knihy, brožury, webové stránky) projevující se verbalizací pacientky.
- 00161 Ochota doplnit si deficitní informace
- 00163 Ochota k nápravě vyživování (zlepšení výživy)

### **Potencionální diagnózy:**

- Riziko zvýšeného objemu tělesných tekutin související s nadměrným příjmem sodíku v minerálkách.
- Riziko nadměrné výživy z důvodu využívání jídla jako míry komfortu, odměny.
- Riziko infekce vzhledem k porušené integritě kůže.
- Riziko poškození vzhledem k aplikaci injekcí i.m.

**Sesterská diagnóza: 00044**

**Porušená celistvost kůže související s hlubokou tkáňovou destrukcí projevující se sekrecí z defektů a pálivou bolestí.**

**Cíl :** Neporušená integrita bérců.

**Priorita :** Střední.

**Výsledné kritéria :**

- Pacientka umí pečovat o ránu.
- Pacientka verbalizuje zlepšení svého stavu.
- Pacientka (P) má dostatek informací o svém stavu a léčbě, ošetřování.

**Plán intervencí :**

- Urči anamnézu stavu: charakterizuj předchozí stav defektů, lokalizaci, jak dlouho jimi P trpí, čím byly BV ošetřovány a jak často.
- Popiš a zaznamenej stav BV na obou končetinách v časových intervalech (lokalizace, velikost, objektivní popis defektů,...).
- Sleduj vývoj léčby – jak P reaguje na léčbu a ošetřování.
- Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem, edukuj P o výživě a jeho vlivu na průběh hojení.
- Ověř znalosti P o léčbě, ošetřování BV.
- Edukuj P o rehabilitaci (RHB) a vlivu na hojení.
- Ověř dodržování RHB a kompresivní terapie obinadly.
- Zjisti, zda P rozumí všem informacím.

**Realizace :**

- 13.9.2010 jsem zajistila konzultaci s nutričním terapeutem, P byla edukována o vhodné výživě při svém onemocnění a vzhledem k obezitě.
- 14.9.2010 jsem edukovala P o možnostech léčby BV, jejich ošetřování.
- 16.9.2010 jsem ověřila znalosti P o léčbě BV.
- 24.9.2010 jsem P vysvětlila vliv kompresivní terapie na cévní systém a následného vlivu na hojení.
- 30.9.2010 jsem ověřila, zda je kompresivní obinadlo správně navázáno na končetině.
- 5.10.2010, 15.10.2010 a 20.2.2011 jsem fotodokumentovala BV, jejich vývoj a stav na obou DKK (viz. Příloha G).
- 18.10.2010 jsem doprovázela P při RHB a kontrolovala správnost provedení.
- 9.11.2010 jsem provedla rozhovor s P, rozbor jejího stavu.
- 18.12.2010 asistence u převazu, defekty zhojeny, P po domluvě s lékařem dne 20.12.2010 je propuštěna domů.

**Hodnocení :**

- **Cíl byl splněn.** BV jsou zhojeny, P nemá porušenou tkáňovou integritu bérců EX. O zhojené končetiny je potřeba i nadále pečovat a nosit bandáže.

Sesterská diagnóza: 00133

dne 4. 10. 2010

**Bolest akutní v souvislosti s převazem BV projevující se verbalizací, škála VAS 8.**

**Cíl :** Pacientka (P) verbalizuje zmírnění bolesti, do 1 hodiny.

**Priorita :** Střední.

**Výsledné kritéria :**

- P udává snížení bolesti na škále bolesti VAS o 3 stupně.
- P vyjadřuje verbálně i neverbálně úlevu.
- P zná příčiny bolesti.

**Plán intervencí :**

- Zabezpeč opatření proti bolesti dříve, než zesílí.
- Zjistí všechny faktory, které se podílejí na vzniku bolesti.
- Zjistí stupeň a charakter bolesti, zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace v časových intervalech (viz. Příloha F).
- Pozoruj verbální a neverbální projevy bolesti.
- Podej léky (analgetika) dle ordinace lékaře.
- Vysvětli P vliv relaxační techniky na snížení bolesti.
- Zajisti úlevovou polohu.

**Realizace :**

- Dne 4.10.2010 jsem provedla sledování a rozbor bolesti na vizuální škále bolesti.
- Co tři hodiny jsem zaznamenala intenzitu bolesti do grafu.
- Hodnotila jsem verbální i neverbální projevy bolesti.
- Společně jsme hledaly úlevové polohy.
- Podala jsem analgetika dle ordinace lékaře (Ibuprofen 400 mg. tbl.)

**Hodnocení :**

- **Cíl byl splněn částečně.** Po 1 hodině na šále VAS pacientka vyhodnotila svou bolest č. 6., snížení o 2 stupně. V naplánovaných intervencích je potřeba i nadále pokračovat, popř. i zvýšit dávku analgetika.

<b>Sesterská diagnóza: 00095</b>	<b>1. – 4. 11. 2010</b>
<p><b>Spánek porušený v souvislosti se změnou prostředí projevující se špatným usínáním, častým buzením během noci a únavou přes den.</b></p>	
<p><b>Cíl :</b> Pacientka bude spát klidně 8 hodin denně, do 4 dnů.</p> <p><b>Priorita :</b> Střední.</p>	
<p><b>Výsledné kritéria :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P zná příčiny poruchy spánku.</li> <li>• P sdělí zlepšení spánku, do 4 dnů.</li> <li>• P se ráno cítí odpočatá, do 4 dnů.</li> <li>• P není přes den unavená.</li> </ul>	
<p><b>Plán intervencí :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontroluj u P délku spánku a jeho kvalitu.</li> <li>• Zjisti, v kolik hodin chodívá P spát, jaké návyky před spaním provádí.</li> <li>• Před spaním se postarej a čisté a klidné prostředí, přiměřený komfort.</li> <li>• Podej léky na spaní (hypnotikum – Diazepam 10 mg tbl.) dle ordinace lékaře.</li> <li>• Sleduj účinnost a efekt léku na spaní, zapiš do ošetrovatelské dokumentace.</li> <li>• Vyzkoušej různé způsoby, jak P zlepšit kvalitu spánku.</li> </ul>	
<p><b>Realizace :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. 11. 2010 jsem s P rozebírala možnosti, které by pomohly ke zlepšení usínání v nemocnici.</li> <li>• Vysvětlila jsem P nevhodnost spánku během dne vzhledem ke zhoršení spánku v noci.</li> <li>• Doporučila jsem P, aby si požádala sestru na noční směně o podání léku na spaní.</li> <li>• 2. 11. 2010 ve 20 hod jsem vyvětrala místnost před psaním, upravila lůžko a zajistila klid na oddělení, podala jsem P uvařený meduňkový čaj, na který je z domu zvyklá</li> <li>• 3. 11. 2010 ve 21 hod jsem podala hypnotika dle ordinace lékaře, zaznamenala do ošetrovatelské dokumentace.</li> </ul>	
<p><b>Hodnocení :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cíl byl splněn.</b> Pacientka spí 8 hodin v noci nerušeným spánkem do 3 dnů. Po spánku se cítí odpočatá. I nadále je potřeba zachovávat rituály před spaním, plnit plán intervencí.</li> </ul>	



<b>Sesterská diagnóza:</b> 00017	<b>2.11. – 3.12. 2010</b>
<b>Stresová inkontinence moče v souvislosti s obezitou projevující se únikem moči při zvýšení nitrobřišního tlaku.</b>	
<b>Cíl :</b> Pacientka má fyziologické vyučování moče, do 1 měsíce.	
<b>Priorita :</b> Střední.	
<b>Výsledné kritéria :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• P cvičí denně 10 minut cviky na posílení dna pánevního.</li> <li>• P se chodí pravidelně vyprazdňovat co 2 hodiny, i bez nucení na močení.</li> <li>• P nemá narušenou kůži a sliznici v okolí ústí močové trubice.</li> <li>• P zná pomůcky používané při inkontinenci moče.</li> <li>• P umí vyjmenovat možné problémy spojené s inkontinencí moče.</li> </ul>	
<b>Plán intervencí :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouč P o tréninku močového měchýře, pravidelnosti vyprazdňování.</li> <li>• Vysvětlí způsob cvičení svalů pánevního dna, doporuč brožurku.</li> <li>• Vysvětlí a doporuč vhodnost využívání inkontinentních pomůcek (vložky).</li> <li>• Pouč P o pravidelnosti hygieny, v intimní oblasti zvláště.</li> <li>• Doporuč vhodné mycí prostředky pro intimní hygienu ženy.</li> </ul>	
<b>Realizace :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.11.2010 jsem P edukovala o správných hygienických návicích.</li> <li>• Edukovala jsem o cvičení dna pánevního.</li> <li>• 4.11.2010 jsem ověřila znalosti P o cvičení dna pánevního.</li> <li>• P posiluje svaly dna pánevního 2xdenně po 5 minutách.</li> <li>• 4.11.2010 jsem zkontrolovala charakter moče a množství po vymočení na podložní mísu, provedla jsem kontrolu pH orientačně pH papírkem.</li> <li>• Kontrolovala jsem během dne frekvenci vyprazdňování.</li> <li>• 3.12.2010 jsem u P kontrolovala frekvenci vyprazdňování moče, charakter moče, množství po vymočení.</li> </ul>	
<b>Hodnocení :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cíl byl splněn částečně.</b> Pacientka verbalizuje subjektivně i objektivně zlepšení stavu úniku moče do 1 měsíce. Nadále však dochází k úniku moče během dne. Pacientka používá vložky na inkontinenci moče. V pravidelné cvičení je potřeba i nadále pokračovat, počet cvičení zvýšit na 3x denně.</li> </ul>	
Rozebrání ošetrovatelských diagnóz:	Markéta Vavřínová
(MAREČKOVÁ, 2006; MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006)	

## 4 Doporučení pro praxi

Obecně lze říci, že své nezastupitelné místo v péči o každého člověka a pacienta má holistický přístup k člověku. Bio-psycho-sociální a spirituální složky spolu velmi úzce souvisí, každá z nich ovlivňuje ty ostatní. Rozborem každé z nich získáme ucelený obraz o daném jedinci a o jeho potížích, problémech a nemocech. Zjištěné potíže lze následně řešit užitím ošetrovatelského procesu jako metody poskytování ošetrovatelské péče, je to model vztahu poskytovatele péče a příjemcem ošetrovatelské péče (setra x pacient). Tento proces probíhá současně vedle medicínského procesu, tzv. paralelně s ním. V současné době kvalifikovaná sestra nečeká jen na pokyny lékaře, ale je sama zodpovědná za své rozhodnutí, sama předpovídá, posuzuje a hodnotí stav pacienta, reaguje na potřeby pacienta. Jen tak může být poskytovaná péče maximálně účinná a koordinovaná.

### **V péči o pacienta s BV bych především doporučila:**

- Důkladně jej edukovat o jeho onemocnění; co je příčinou, jaké jsou projevy, jaké mohou nastat komplikace, jaké existují vyšetřovací metody a způsoby léčby.
- Informovat P o vlivu dalších jeho onemocnění na zdravotní stav a vlivu na hojení bércových vředů.
- Vyzdvihla bych některé možnosti v léčbě BV, jako je moderní metoda vlhkého hojení ran, ozonoterapie, larvoterapie, fyzikální účinky světla, atd. Jsou to nové alternativy v léčbě BV, používané v ČR na různých pracovištích.
- Zajistila bych konzultaci s nutričním terapeutem, který kvalifikovaně určí P vhodná dietní opatření, edukuje ho o vlivu výživy na celkový stav i hojení BV, zjistí nedostatky a chyby ve výživě.
- Edukovala bych P o kompresivní terapii, vlivu na hojení BV, vlivu na postižený cévní systém a především bych P naučila správně kompresivní obvazy přikládat, procvičovala bych s ní obvazovou techniku a zkontrolovala provedení.
- Vysvětlila bych a naučila P pečovat o ránu; jak ji ošetřovat, jak by se mělo postupovat, atd.

## ZÁVĚR:

Ošetrovatelskou péči u pacientky s chronickou žilní insuficiencí dolních končetin jsem realizovala na interním oddělení v nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích. Zpracování tohoto tématu bylo pro mě velmi přínosné a zajímavé, zvláště když se dané onemocnění vyskytuje i v mé blízké rodině. Získané informace a zkušenosti mohu šířit a využít ve svém okolí i v praxi, dále mohou být získané informace a zkušenosti přínosné a poučné pro mnoho dalších lidí a pacientů. Především jsem hlouběji a obsáhle poznala toto onemocnění. Při aplikaci ošetrovatelského procesu jsem zjistila řadu problémů, se kterými se většina pacientů musí denně potýkat.

V souvislosti s bakalářskou prací jsem si uvědomila široký rozsah léčby, seznámila se i s alternativními metodami, o kterých jsem buď jen četla anebo jsem o nich vůbec nic nevěděla. Ve své bakalářské práci představuji onemocnění BV u konkrétní pacientky v ošetrovatelském procesu. Pacientka se mnou aktivně a ráda spolupracovala, poskytla mi řadu cenných rad, informací a zkušeností. V práci jsem se snažila podat jasně, stručně a srozumitelně všechny informace i onemocnění. Doufám, že má práce může být přínosná jak pro laiky, tak i pro odborníky.

Při realizaci samotného ošetrovatelského procesu jsem se setkala se vstřícným přístupem lékařů, zdravotních sester a dalšího ošetrovatelského personálu. Stanovené cíle se mi podařilo splnit nebo splnit částečně.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ČIHÁK, R. 2004. *Anatomie 3*. 2. upravené a doplněné vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-1132-4.
2. DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
3. HRABICA, M. 1997. *Co nám říká tělo aneb po stopách nemocí*. Zlín, 1997. ISBN 80-902322-0-5.
4. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995a. *Ošetrovatel'stvo I.*, Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-217-0528-0.
5. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995b. *Ošetrovatel'stvo 2.*, Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-217-0528-0.
6. MALÝ, J. a kol. 2010. *Trendy v profilaxi žilní tromboembolické nemoci*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2021-3.
7. MAREČKOVÁ, M. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
8. NEJEDLÁ, M. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
9. MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; HERNOVÁ, R.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Grada Publishing, a.s. 2006. ISBN 80-247-1442-6.
10. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Praha: Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

11. POSPÍŠILOVÁ, A. 2004. *Bércový vřed I*. Triton, 2004. ISBN 80-7254-469-1.
12. ROKYTA, R. a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
13. ROZTOČIL, K. 2006. *Angiologie 2006*. Galén, 2006. ISBN 80-7262-45-6.
14. STAŇKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovatelství 6: hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
15. SYSEL, D.; BELEJOVÁ, H.; MASÁR, O. 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-7399-289-7.
16. ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
17. TRACHTOVÁ, E. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285.
18. VOJÁČEK, J.; MALÝ, M. a kol. 2004. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. Praha: Avicenum, 2004. ISBN 80-247-0501-X.
19. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. 2005. *Velký lékařský slovník. 5.vyd.* Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

Tištěné seriálové publikace:

- POSPÍŠILOVÁ, A. Lze léčit bércový vřed efektivně? *Florence: Časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Galén. 2/2008, ročník IV. s. 76-78. Dostupný také z WWW: [www.florence.cz](http://www.florence.cz). ISSN 1801-464X
- POSPÍŠILOVÁ, A. Vzdělávání v oblasti chronických ran v České republice. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. Praha: Mladá fronta. 9/2006, ročník 16. s. 16-18. ISSN 1210-0404

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

Příloha A - Barthelův test základních denních činností .....	I
Příloha B - Glasgow Coma Scale .....	II
Příloha C - Test instrumentálních všedních činností .....	III
Příloha D - Základní nutriční screening .....	IV
Příloha E - Dotazník sledování bolesti .....	VI
Příloha F - VAS – verbalizovaná analogová škála bolesti .....	VII
Příloha G - Bércové vředy + fotodokumentace .....	VIII

## Příloha A – Barthelův test základních denních činností

Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	<b>10</b> 5 0
Oblékání	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	<b>10</b> 5 0
Koupání	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	<b>5</b> 0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	<b>5</b> 0
Kontinence moče	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 <b>5</b> 0
Kontinence stolice	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	<b>10</b> 5 0
Použití WC	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	<b>10</b> 5 0
Přesun na lůžko - židli	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede	<b>15</b> 10 5 0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50m S pomocí 50 m Na vozíku Neprovede	<b>15</b> 10 5 0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	<b>10</b> 5 0

0 - 45	Vysoce závislý
46 - 60	Závislost středního stupně
61 - 95	<b>Lehká závislost</b>
96 a více	Nezávislý

**Celkové hodnocení:** 95 bodů, pacientka je lehce závislá.

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 35)

## Příloha B - Glasgow Coma Scale

GCS se zaměřuje na hodnocení tří parametrů:

- reakce otevření očí
- slovní reakce
- pohybové schopnosti

Kritérium	Reakce	Body
Otevření očí	<b>Spontánní</b>	<b>4</b>
	Na výzvu	3
	Na bolestivé podněty	2
	Žádné	1
Slovní reakce	<b>Orientovaná</b>	<b>5</b>
	Zmatená	4
	Nepřiměřená, nekoordinovaná slova	3
	Neartikulované zvuky	2
	Žádná zvuková reakce	1
Pohybová reakce	<b>Vyhoví koordinovaně výzvě</b>	<b>6</b>
	Lokalizuje bolest, odtáhne se od podnětu	5
	Účelné obranné pohyby při bolestivém podnětu	4
	Flexní reakce na bolest	3
	Flexní reakce na bolest	2
	Extenční reakce na bolest	1
	Žádné reakce na bolest	

Celkový počet bodů je 15.

### GSC Kóma

3-8 závažná porucha vědomí

9-12 střední porucha vědomí

13-15 lehká porucha vědomí

(STAŇKOVÁ, 2001, s. 31)



## Příloha C – Test instrumentálních všedních činností

### (IADL – Instrumental Activities Daily Living)

Telefonování	Vyhledá samostatně číslo Zná několik čísel, odpoví na zavolání Nedokáže používat telefon	10 5 0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem Cestuje, je-li doprovázen Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	10 5 0
Nakupování	Dojde samostatně nakoupit Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby Neschopen bez podstatné pomoci	10 5 0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo Jídlo ohřeje Jídlo musí být připraveno druhou osobou	10 5 0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací Provede pouze lehčí práce Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	10 5 0
Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně Provede pod dohledem Vyžaduje pomoc, neprovede	10 5 0
Užívání léků	<b>Samostatně v určitou dobu správnou dávkou, zná názvy léků</b> Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty Léky musí být podány druhou osobou	10 5 0
Finance	<b>Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje</b> Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	10 5 0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0 - 40 b.	Závislý
41 – 75 b.	Částečně závislý
76 – 80 b.	Nezávislý

Pacientka získala 80 bodů, je zcela nezávislá.

## Příloha D – Základní nutriční screening

Nutriční screening slouží pro základní posouzení stavu výživy. Nutriční screening musí být jednoduchý a dostupný v každých podmínkách. Ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče jej provádí zpravidla zdravotní sestra. Znalost nutričního screeningu je však důležitá pro každého nemocného a jeho příbuzné s jeho využitím si totiž můžete stanovit stupeň rizika, který je spojen s nedostatečným příjmem potravy a požádat ošetřujícího lékaře nebo jiný zdravotnický personál o pomoc. Včasně zahájenou nutriční podporou je pak možno zabránit řadě komplikací, které jsou spojeny s onemocněním (ztráta svaloviny, zhoršené hojení ran, zvýšené riziko vzniku proleženin, zhoršená rehabilitace apod.).

### NRS 2002 - nutriční rizikový screening (Nutritional Risk Screening 2002)

vytvořený v roce 2002, byl doporučen Evropskou společností umělé klinické výživy a metabolické péče (ESPEN) pro rutinní používání v nemocnicích nebo pro nemocné, kteří trpí akutním nebo **chronickým** onemocněním.

- riziko podvýživy je u daného pacienta ohodnoceno jedním číslem ve škále 0-6 bodů
- čím vyšší je toto bodové skóre, tím vyšší je riziko rozvoje podvýživy
- 0 – 2 b. bez rizika nebo nízké riziko podvýživy
- 3 – 6 b. významné riziko podvýživy, potřeba stanovení nutričního plánu

### NRS 2002 Nutrition Risk Screening – hodnocení rizika podvýživy

Určeno nemocným hospitalizovaným v nemocnici.

<b>Krok 1: Základní screening</b>		<b>ano</b>	<b>ne</b>
1	Je BMI < 20,5 ?		X
2	Zhubl pacient nechtěně za poslední 3 měsíce?		X
3	Snížil se příjem výživy u nemocného za poslední týden?	X	
4	Je nemocný závažně nemocen (např. leží na intenzivní péči)?		X
<b>Ano : Pokud je alespoň 1 odpověď pozitivní pokračujte krokem 2</b>			
<b>Ne : Pokud je odpověď na všechny otázky Ne, proveďte screening v týdenních intervalech</b>			

(<http://www.vyzivapacientu.cz/cz/odborna-verejnost/posouzeni-nutricniho-stavu/nutricni-screening/nrs2002/>)

<b>Krok 2: Konečný screening</b>			
<i>Zhoršení stavu výživy</i>		<i>Závažnost onemocnění</i>	
Skóre 0	Normální stav výživy	Skóre 0	Pacient nemá závažné onemocnění Normální nutriční potřeba
Nízké Skóre 1	Pokles hmotnosti >5% za 3 měsíce nebo příjem jídla nižší 50-75% normy během posledního týdne	Nízké Skóre 1	Např.: Zlomenina kyčle  Chronické onemocnění s akutním zhoršením, jaterní cirhóza, hemodialýza, diabetes
Střední Skóre 2	Pokles hmotnosti >5% za 2 měsíce nebo BMI 18,5-20,5 + zhoršení stavu nebo příjem potravy 25-50% normálního příjmu během posledního týdne	Střední Skóre 2	Např.: Závažná operace břicha Mozková mrtvice Zápal plic  Nádorové onemocnění
Závažné Skóre 3	Pokles hmotnosti >5% za 1 měsíc (> 15% za poslední 3 měsíce) nebo BMI ≤ 18,5 + zhoršení stavu nebo příjem stravy 0-25% normálního příjmu během posledního týdne	Závažné Skóre 3	Např.: Poranění hlavy Transplantace kostní dřeně Nemocný na JIP  (APACHE II > 10)
<b>1 Skóre: 1 + 1 Skóre: 2 = Celkové skóre</b>			
Věk	Pokud je pacient starší než 70 let přidejte 1 bod = Celkové skóre (dle věku):		
<b>Skóre 3 a více: Pacient je ve velkém riziku vzniku komplikací z podvýživy, je nutné zahájit plán nutriční podpory</b>			
<b>Skóre &lt;3: Nemocného je nutno sledovat <u>minimálně 1x týdně</u> a zahájit nutriční plán před eventuální operací, aby se snížilo riziko</b>			

Pacientka má celkové skóre 2 = bez rizika nebo nízké riziko podvýživy.

## **Příloha E – Dotazník sledování bolesti (podle IPVZ Praha)**

Jméno pacienta X.Y., narozena v roce 1944, datum hodnocení 3.10. 2010

**Co a kde vás bolí?** „Bolí mě obě nohy, od kotníků až ke kolenům“.

**Jak vás to bolí?** (Pokuste se vyjádřit slovy, zda to pálí, píchá, bodá, ...atd.)

„Je to silná svíravá bolest a hřeje mě to, až to někdy pálí“.

**Kdy vás to nejvíce bolí?** „Přes den nejvíce“.

**Při kterém pohybu?** „Při chůzi“.

**Ve které poloze?** „Když stojím na těch nohách“.

**Při které činnosti?** „Když musím jít nakoupit nebo na poštu, a taky během dne při pohybu po mém domečku“.

**Jak dlouho vás to již bolí?** „ Již mnoho mnoho let“.

**Od kdy asi?** „Asi od mých 50 let, takže to je od roku 1994“.

**Teploměr bolesti:** (Udělejte křížek na následující přímce tam, kde se nachází vaše bolest)

/ ..... **X** ..... /  
vůbec to nebolí nesnesitelná bolest

**Intenzita bolesti:** (Udělejte kolečko u čísla intenzity, které nejlépe vyjadřuje, jak moc vás to bolí)

0 – žádná bolest

1 – nepatrná bolest

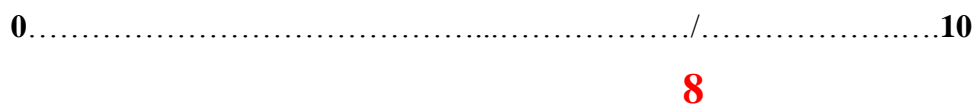
2 – mírná bolest

**3 – střední bolest**

4 – silná bolest

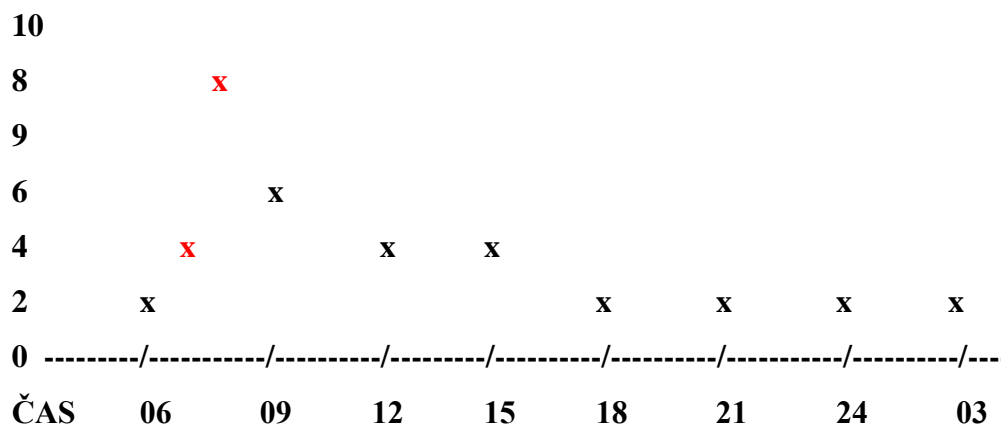
5 – zcela nesnesitelná bolest

**Příloha F – VAS – verbalizovaná analogová škála bolesti** (dne 4.10.2010 v 7:30 hod)



7:00 hod - pravidelná kontrola a převaz lékařem a sestrou

**Průběh bolesti - po podání tbl. Ibuprofen 400 mg p.o. (dne 4. 10. 2010)**



7:00 hod - pravidelná kontrola a převaz lékařem a sestrou

8:00 hod - užití léku Ibuprofenu 400 mg tbl. p.o.

**Druhy bolesti:**

bodavá	dráždivá	ostrá	vystřelující
putující	stálá	úporná	pronikavá
bušivá	zdrcující	palčivá	svíravá
řezavá	štípaná	uzlovitá	přerušovaná
difúzní	hlodavá	pálivá	svědivá
silná	křečovitá	vyčerpávající	škubavá
	tupá	záchvatovitá	

**Příloha G – Bércové vředy + fotodokumentace (ulcus cruris venosum)** u pacientky X.Y. v době její hospitalizace v nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích a při ambulantní kontrole.

### **Fotografie:**

- **č. 1** – Ukazuje snímek BV na vnitřní straně PDK u pacientky X.Y., 25. den hospitalizace (5.10.2010), je ve fázi léčby: čištění defektů borovou vodou, chirurgickou lžičkou a pinzetou, následně působení biolampy po dobu 30 minut. Okolí rány je promazáváno čištěným slunečnicovým olejem, do defektů aplikován Systogen pulv., rána sterilně kryta. Lze říci, že defekty se nacházejí ve všech třech fázích (čištění, granulace, epitelizace).
- **č. 2** – Ukazuje obě končetiny pacientky X.Y. z větší vzdálenosti. Vidíme BV různých velikostí – jde o BV kamašovitého typu. Vředy se necházejí po celém obvodu končetiny. Způsob ošetřování a léčby je stejný jako u fotografie č. 1.
- **č. 3** – Znázorňuje BV na PDK, 35. den hospitalizace (15.10.2010), pacientka je ve fázi léčby: čištění defektů borovou vodou a chirurgickou lžičkou, působení biolampy a laserové lampy po dobu 30 minut, následně aplikace ozónového olejíčku Ozolol a Nugelu – do rozsáhlých defektů, dále končetina zastříkána pěnou Panthenol, dán mastný tyl a sterilně kryto. Malé defekty (v porovnání s fotografií č. 2) se rychle hojí během uplynulých 10-ti dnů. Jsou ve fázi granulace a epitelizace.
- **č. 4** - Znázorňuje BV na PDK, 35. den hospitalizace (15.10.2010), pacientka je ve fázi léčby( viz. popis u fotograf. č. 3.). V porovnání s fotograf. č. 1 se výrazně zlepšila spodina defektů – již bez známek povlaků a sekrece. Spodina defektů se nachází ve fázi granulace, je jasně červená a prokrvená. Okolí ran je ve fázi epitelizace. Nově vzniklá kůže je slabě růžové až bílé barvy.

- **č. 5** – Ukazuje snímek BV na LDK u pacientky X.Y., 35. den hospitalizace (15.10.2010). V porovnání s fotograf. č. 3 a č. 4 je spodina defektů horší, spodina je částečně povleklá a částečně již ve fázi granulace. Na fotografii je dobře patrný nárůst epitelizace, především v defektu nad kotníkem z vnější strany LDK. Malé BV se hojí.
- **č. 6** – Snímek ukazuje stav BV na vnitřní straně LDK, 35. den hospitalizace. Pacientka je ve fázi léčby: čištění borovou vodou a chirurgickou lžičkou, působení biolampy, aplikace Ozolol olejíčku, Nugel, Panthenol pěna, mastný tyl, sterilní krytí.
- **č. 7** – Ambulantní kontrola a převaz BV dne 20. 2. 2011. Snímek ukazuje obě dolní končetiny pacientky X.Y.
- **č. 8** – Snímek ukazuje vnější stranu LDK pacientky X.Y. ze dne 20. 2. 2011. Je možno vidět zcela zhojené defekty. Avšak opětovný výsev drobných bércových vředů v druhé třetině bércce. Sekrece není příliš výrazná. Defekty jsou čištěny borovou vodou, a chirurgickou lžičkou, násleně působení biolampy po dobu 30-ti minut, aplikace Systogen pulv. – na vyčištění spodiny a rozklad povlaků, sterilně kryto.
- **č. 9** – Ukazuje vnitřní stranu LDK, ve zhojeném vředu se objevila recidiva, stav však není vážný. Ošetřuje se borovou vodou, působením laserové lampy, aplikace Nugelu do defektu, Panthenol pěna, mastný tyl, sterilní krytí.
- **č.10 a č. 11** – Snímek ukazuje vnější a vnitřní stranu PDK pacientky X.Y. ze dne 20. 2. 2011. BV jsou zcela zhojeny. Nová kůže má dosud bílou až narůžovělou barvu. Pacientka o takto zhojenou končetinu denně pečuje, promazává kůži čištěným slunečnicovým olejíčkem a 1x týdně nohu nastříká Panthenol pěnou a nohu ováže.

( VAVŘÍNOVÁ – fotografie jsem vyfotila svým fotoaparátem – vlastní zdroj)

Fotografie č.1



Fotografie č.2





Fotografie č.3



Fotografie č.4



Fotografie č.5



Fotografie č.6





Fotografie  
č.7



Fotografie  
č.8



Fotografie  
č.9

Fotografie č.10



Fotografie č.11

