

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

**ALGORITMUS VOLBY KRYTÍ U PACIENTA  
S DEKUBITEM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**LUCIE KARHANOVÁ**

**Praha 2014**

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

**ALGORITMUS VOLBY KRYTÍ U PACIENTA  
S DEKUBITEM**

Bakalářská práce

LUCIE KARHANOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2014



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Karhanová Lucie**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 7. 5. 2013 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Algoritmus volby krytí u pacienta s dekubitem

*Algorithm Options of Cover for Patients with Decubitus*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 2. 9. 2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.  
rektor

## **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 ke studijním účelům.

V Praze dne

.....  
Karhanová Lucie

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Jahodové za cenné připomínky, rady a odborné vedení práce.

Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a cenné rady při psaní bakalářské práce sestře Interního oddělení na Strahově – Ambulance hojení ran paní Mgr. Markétě Koutné a také svému příteli a mamince za trpělivost a podporu vynaloženou při tvorbě této práce.

## **ABSTRAKT**

KARHANOVÁ, Lucie. *Algoritmus volby krytí u pacienta s dekubitem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová. Praha. 2014. 60 s.

Tématem bakalářské práce byl Algoritmus volby krytí u pacienta s dekubitem. Teoretická část práce byla především zaměřena na faktory, které ovlivňují výběr primárního krytí na dekubity a rozdělení terapeutického krytí dle generických skupin. Vhodný výběr terapeutického krytí byl velice důležitý pro úspěšnou léčbu dekubitů. Praktická část práce obsahovala kazuistiku pacientky se sakrálním dekubitem. Tato kazuistika byla zaměřena na seznámení s pacientkou, jejím zdravotním stavem, léčbou sakrálního dekubitu v ambulanci hojení ran a závěrem vyhodnocujícím léčbu.

Klíčová slova

Dekubitus. Hojení ran. Terapeutická krytí.

## **ABSTRACT**

KARHANOVÁ, Lucie. Algorithm Options of Cover for Patients with Decubitus. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Ivana Jahodová. Prague. 2014. 60 pages.

The topic of bachelor's thesis is Algorithm Options of Cover for Patients with Decubitus. The theoretical part of thesis is deals option of primary cover for decubitus and partition therapeutic cover according generic groups. The right option of therapeutic cover is very important for successful treatment. The practice part contains patient's casuistry. This casuistry deals with several factors. The first factor is introduction about patient and her healing process. The second factor deals with treatment of sacral decubitus and healing wound in outpatient's department. The third factor is about evaluation of the treatment.

Key words

Decubitus. Healing wound. Therapeutic cover.

# OBSAH

## SEZNAM ZKRATEK

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

ÚVOD.....	16
<b>1 DEKUBITUS .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ.....</b>	<b>17</b>
1.1.1 KLASIFIKACE DLE EPUAP.....	17
1.1.2 DANIELOVA KLASIFIKACE.....	19
1.1.3 TORRANCOVA KLASIFIKACE .....	19
1.1.4 KLASIFIKACE DLE STERLINGA.....	19
1.1.5 KLASIFIKACE DLE HIBBSOVÉ .....	19
1.1.6 KLASIFIKACE RYB.....	19
<b>1.2 PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ .....</b>	<b>20</b>
1.2.1 ZEVNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ .....	20
1.2.2 VNITŘNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ ...	21
<b>1.3 MÍSTA VZNIKU DEKUBITŮ .....</b>	<b>23</b>
1.3.1 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA ZÁDECH.....	23
1.3.2 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA BOKU .....	24
1.3.3 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA BŘÍŠE .....	24
1.3.4 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE VSEDĚ .....	25
1.3.5 NETYPICKÁ PREDILEKČNÍ MÍSTA .....	25
<b>1.4 DEZINFEKČNÍ ROZTOKY .....</b>	<b>25</b>
1.4.1 OPLACHOVÉ ROZTOKY S ANTIMIKROB. ÚČINKEM .....	26
<b>1.5 TYPY KRYTÍ DLE GENERICKÝCH SKUPIN.....</b>	<b>26</b>
1.5.1 HYDROGELY .....	27
1.5.2 KRYTÍ S AKTIVNÍM UHLÍM A STŘÍBREM .....	27
1.5.3 NEADHERENTNÍ ANTISEPTICKÁ KRYTÍ .....	28
1.5.4 ALGINÁTOVÁ KRYTÍ.....	28
1.5.5 HYDROKOLOIDY .....	29



1.5.6	FILMOVÁ KRYTÍ VE SPREJI.....	30
1.5.7	PLOŠNÁ PĚNOVÁ KRYTÍ .....	30
1.5.8	ANTISEPTICKÁ KRYTÍ SE STŘÍBREM.....	31
1.5.9	BIOAKTIVNÍ KRYTÍ .....	32
1.6	ALGORITMUS VOLBY KRYTÍ U PACIENTA S DEKUBITEM .....	33
2	KAZUISTIKA .....	38
2.1	ANAMNÉZA.....	40
2.2	KATAMNÉZA .....	42
2.3	ANALÝZA .....	52
2.4	INTERPRETACE .....	52
2.4.1	OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II SEŘAZENÉ DLE PRIORIT .....	55
2.5	DISKUZE .....	58
2.5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM LITERATURY.....	61
	PŘÍLOHY	

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

**AMD** – antimicrobialfoamdressings

**EPUAP** – European Pressure Ulcer Advisory Panel

**MRSA** – Methicillin resistant Staphylococcus Aureus

**NANDA** – North American Nursing Diagnosis Association

**PHMB** - polyhexametylenbiguanid

**RYB** - red, yellow, black

**tbl.** – tableta

**V. A. C.** – Vacuum Assisted Closure

**VRSA** – Vancomycin resistant Staphylococcus Aureus

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adherence** – přilnutí

**Alergie** – nepřiměřená reakce organismu na běžně vyskytující se látku

**Anémie** – chudokrevnost

**Antimikrobiální** – působící proti mikroorganismům

**Antiseptický** – ničící choroboplodné zárodky

**Aorta** – srdečnice

**Ateroskleróza** – onemocnění tepen, které vede k jejich postupnému zužování

**Bakteriostatický** – tlumící růst bakterií

**Cytostatika** – léky užívané k léčbě zhoubných nádorů

**Cytotoxický** – poškozující buňky

**Débridement** – chirurgické vyčištění rány

**Dekubitus** - proleženina

**Demence** – chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností

**Diabetes mellitus** – cukrovka, onemocnění způsobené nedostatkem inzulinu

**Dimise** – propuštění

**Disekce** – oddělování částí těla či tkání podle jejich přirozených ohraničení

**Epidermis** - pokožka

**Epitel** – krycí tkáň

**Epitelizace** – pokrytí epitelem

**Erytém** - otok

**Exsudát** – zánětlivý výpotek

**Fascie** - povázka

**Fibrinogen** – bílkovina krevní plazmy důležitá pro krevní srážení

**Fibrózní** – vazivový

**Fowlerova poloha** – pacient leží naznak s hlavou a koleny nad rovinou lůžka

**Gangréna** - sněť

**Granulace** – tkáň složená z nově tvořených cév a vaziva

**Hemoragický** – krvavý

**Humerus** – kost pažní

**Hydrofilní** – označení látek, povrchů, molekul a jejich částí s afinitou k vodě

**Hyperémie** – překrvení

**Chlamydie** – rod mikroorganismů schopných množení jen v buňce

**Imobilita** - nehybnost

**Imunosupresiva** – léky potlačující imunitní reakce

**Infaustní** – beznadějný

**Inkontinence** – neschopnost udržet moč

**Integrita** – celistvost, neporušenost

**Iritace** - podráždění

**Ischemie** – místní nedokrevnost tkáně a orgánu

**Kachexie** – silná celková sešlost

**Kavita** – dutina

**Kolonizace** - osídlení

**Kontaminace** – znečištění

**Kvasinky** – organismy řadící se k nižším houbám

**Léze** – poškození orgánu či tkáně

**Macerace** – změknutí vzniklé působením tekutiny

**Nazogastrická sonda** – hadička zaváděná nosem do žaludku

**Nekrektomie** - chirurgické odstranění odumřelé tkáně

**Nekróza** – intravitální odumření buňky, tkáně či části orgánu

**Neutrofil** – druh leukocytu, který se podílí na obraně proti bakteriální infekci

**Obezita** - otylost

**Orotracheální intubace** – hadička zaváděná ústy do průdušnice

**Osteomyelitida** – zánět kostní dřeně způsobený bakteriemi

**Patela** – česka

**Predilekční** - označení místa, které je nejčastěji určitým chorobným procesem napadáno

**Profúzní** – mohutný, hojný

**Profylaxe** – ochrana před určitou nemocí

**Prominence** – vyvýšený

**Protozoa** – prvoci

**Purulentní** – hnisavý

**Rehydratace** – obnovení správné hydratace

**Sangvinózní** – krvácející

**Saturace** - nasycení

**Sedativa** – zklidňující léky

**Sekret** - výměšek

**Serózní** – čiré

**Sternum** – hrudní kost

**Subkutánní** – podkožní

**Sutura** – šev

**Termoregulace** – řízení tělesné teploty

**Ulcerace** – vznik vředu

**Verifikace** – potvrzení (VOKURKA, 2009).

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

<b>Obrázek 1</b> I. stádium dekubitu.....	17
<b>Obrázek 2</b> II. stádium dekubitu .....	18
<b>Obrázek 3</b> III. stádium dekubitu.....	18
<b>Obrázek 4</b> IV. stádium dekubitu.....	18
<b>Obrázek 5</b> Predilekční místa v poloze na zádech .....	24
<b>Obrázek 6</b> Predilekční místa v poloze na boku .....	24
<b>Obrázek 7</b> Predilekční místa v poloze vsedě.....	25
<b>Obrázek 8</b> Sakrální dekubitus 04.02.2013.....	42
<b>Obrázek 9</b> Sakrální dekubitus 18.02.2013 .....	43
<b>Obrázek 10</b> Sakrální dekubitus 04.03.2013.....	44
<b>Obrázek 11</b> Sakrální dekubitus 25.03.2013.....	44
<b>Obrázek 12</b> Sakrální dekubitus 15.04.2013.....	45
<b>Obrázek 13</b> Sakrální dekubitus 03.06.2013.....	46
<b>Obrázek 14</b> Sakrální dekubitus 19.06.2013.....	47
<b>Obrázek 15</b> Sakrální dekubitus 10.07.2013.....	48
<b>Obrázek 16</b> Sakrální dekubitus 22.07.2013.....	48
<b>Obrázek 17</b> Sakrální dekubitus 12.08.2013.....	49
<b>Obrázek 18</b> Sakrální dekubitus 02.09.2013.....	50
<b>Obrázek 19</b> Sakrální dekubitus 23.09.2013.....	50
<b>Obrázek 20</b> Sakrální dekubitus 16.10.2013.....	51
<b>Tabulka 1</b> Hodnocení rozsahu exsudace .....	34
<b>Tabulka 2</b> Typy exsudátu, jejich vzhled a význam .....	35
<b>Tabulka 3</b> Stav kůže v okolí rány .....	36

## ÚVOD

V rámci naší odborné praxe jsme poprvé řešili problematiku dekubitů na Geriatrické klinice v Praze ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde je vzhledem k imobilitě seniorů větší incidence dekubitů. V té době jsme vůbec netušili, jak silně nás problematika nehojících se ran ovlivní. Domníváme se, že dnes, kdy se potýkáme s nedostatkem finančních prostředků, je nutné tomuto problému spíše předcházet tak, abychom prostředky efektivně využívali a především vhodně a úspěšně řešili prevenci a léčbu tohoto nepříjemného onemocnění, jakým dekubity bezesporu jsou. V odborných publikacích je uvedeno, že toto závažné onemocnění postihuje zhruba 7 % populace a to dle našeho názoru není nevýznamné (STRYJA, 2008).

Tato bakalářská práce se zabývá především vhodným a co nejefektivnějším výběrem terapeutického krytí na dekubity, jehož správná volba je klíčem k úspěšné léčbě.

K dalšímu pozitivnímu vývoji neodmyslitelně patří péče o okolí rány, pravidelnost výměny terapeutického krytí a další faktory ovlivňující léčbu dekubitů, jakými jsou například nutriční stránka a správné polohování imobilních pacientů. Výběr krytí ovlivňuje velkou měrou několik faktorů, jako jsou – lokalita, objektivní stav rány, sekrece, spodina, okolí, zápach, množství bakterií, roční období, celkový zdravotní stav, a sociální prostředí, ve kterém se pacient nachází.

V teoretické části nalezneme těchto šest kapitol – klasifikace dekubitů, příčiny vzniku a místa vzniku dekubitů, dezinfekční roztoky, typy krytí dle generických skupin a algoritmus volby krytí u pacienta s dekubitem.

Obsahem praktické části je kazuistika pacientky s dekubitem v sakrální oblasti a vývoj dekubitu od hospitalizace na II. Chirurgické klinice kardiovaskulární chirurgie 1. Lékařské fakulty Karlovy Univerzity až k léčbě v ambulanci hojení ran na Interním oddělení Strahov. Cílem bakalářské práce je zhodnocení všech faktorů pro správný výběr terapeutického krytí na dekubity zaručující efektivní léčbu.

# 1 DEKUBITUS

„Dekubitus je důsledek lokální ischemie kůže, podkožních tkání a svalů s následnou ulcerací až nekrózou, která vzniká v důsledku spolupůsobení vnitřních a zevních faktorů na predilekčních místech“ (WEBER, 2000, s. 52).

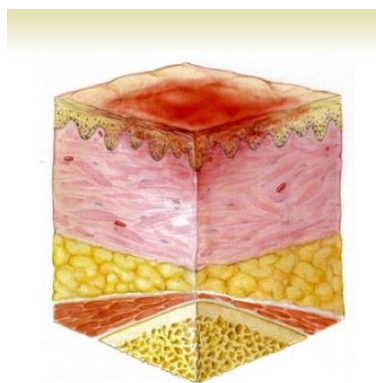
## 1.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ

„Klasifikace dekubitů se liší dle jednotlivých odborných zdrojů“ (POKORNÁ, aj., 2012, s. 119).

V této kapitole jsme zvolili několik klasifikací dekubitů, které jsou v praxi nejvíce používané. Jedna z méně známých klasifikací dekubitů je metoda red, yellow, black (dále jen RYB), která dělí rány dle jednotlivých barev.

### 1.1.1 KLASIFIKACE DEKUBITŮ DLE EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (DÁLE JEN EPUAP)

I. stadium: erytém kůže, bez porušení celistvosti kožního krytu

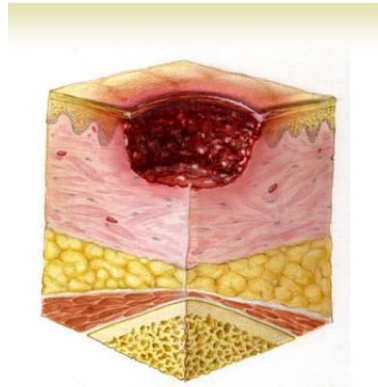


Zdroj: Cuddigan, 2009

**Obrázek 1 I. stádium dekubitu**



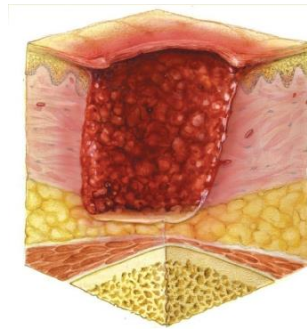
II. stadium: částečné poškození kůže a podkoží s tvořícím se puchýřem



Zdroj: Cuddigan, 2009

**Obrázek 2 II. stádium dekubitu**

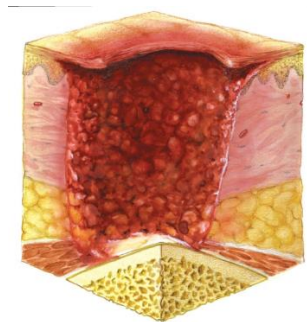
III. stadium: úplné poškození kůže v celém jejím rozsahu s rozvíjející se nekrózou



Zdroj: Cuddigan, 2009

**Obrázek 3 III. stádium dekubitu**

IV. Stadium: rozsáhlé tlakové léze, které postihují úplnou ztrátu kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých struktur, fascií, cév, nervů, svalů, kloubních pouzder a přiléhajících kostí (STRYJA, 2008).



Zdroj: Cuddigan, 2009

**Obrázek 4 IV. stádium dekubitu**

### **1.1.2 DANIELOVA KLASIFIKACE DEKUBITŮ**

Danielova klasifikace obsahuje pět stupňů, které popisují zarudnutí kůže, povrchové kožní vředy, nekrózu podkožního tuku, postižení hlubších struktur kromě kostí a rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou (TRACHTOVÁ, 2006).

### **1.1.3 TORRANCOVA KLASIFIKACE DEKUBITŮ**

Dle Torrancovy klasifikace rozlišujeme pět stupňů dekubitů, v prvních dvou stupních popisuje překrvení se zblednutím a neblednoucí překrvení, ve třetím a čtvrtém stupni je popisováno zvředovatění kůže a subkutánní fascie a v pátém stupni Torrance popisuje úplnou nekrózu svalu (MIKŠOVÁ, aj., 2006).

### **1.1.4 KLASIFIKACE DEKUBITŮ DLE STERLINGA**

Tato klasifikace obsahuje čtyři stupně, které popisují neblednoucí erytém, tvorbu puchýřů, ztrátu celé tloušťky kůže a rozsáhlé poškození všech vrstev kůže s rozšiřující se nekrózou (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

### **1.1.5 KLASIFIKACE DEKUBITŮ DLE HIBBSOVÉ**

U Klasifikace dle Hibbsové je v odborných publikacích připisováno nejvíce se přibližující ke klasifikaci dekubitu dle EPUAP. Tato klasifikace má pět stádií, které popisují překrvení, částečnou ztrátu kůže s objevujícím se puchýřem, úplnou ztrátu kůže i podkoží a rozsáhlé poškození všech funkčních struktur s nekrózou tkáně (MAĎAR, aj., 2006).

### **1.1.6 KLASIFIKACE RYB**

RYB je snadno pochopitelná klasifikace, která určuje jednotlivé fáze hojení ran. Tato klasifikace se hojně využívá k vhodnému výběru terapeutického krytí.

Černé rány, obsahují suchou nekrotickou tkáň, která může být černá, šedá a hnědá. Mezi příklady černých ran patří popáleniny třetího stupně, hluboké tlakové vředy a rány se stopami gangrény. Pro navození optimální léčby musí být nekrotická tkáň odstraněna.

Žluté rány obsahují strupovitý povlak, který má obvykle žluté nebo bílé zbarvení. Často je měkkého a vláknitého vzhledu. Tato rána je zdrojem pro bakteriální růst, proto je nutné povlak odstranit.

Červená rána značí optimálně se hojící ránu. Tuto ránu je nutné chránit a udržovat ji v čistotě.

Některé rány mohou obsahovat černá, žlutá i červená místa ve stejné době. Tyto různě zbarvená místa naznačují, že rána obsahuje různé fáze hojení. Tento typ rány musí být ošetřen vhodným terapeutickým krytím nebo jeho kombinací (COLOPLAST, 2012).

## **1.2 PŘÍČINY VZNIKU DEKUBITŮ**

### **1.2.1 ZEVNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ**

Mezi zevní příčiny ovlivňující vznik dekubitů řadíme především tlak, tření, maceraci a střížné síly.

#### **Tlak**

„Tlak je svislá síla působící na kůži gravitací. Je-li intenzita tlaku působící na tkáň vyšší než normální krevní tlak v kapilárách, tj. 4,27 kPa (32 mm Hg), dochází k zástavě krevního řečiště. Působením tlaku na kůži dochází k vytlačení krve a místo na kůži zbledne, po uvolnění tlaku dochází k hyperemii. Dobu, po kterou může být tkáň vystavena tlaku bez poškození, nelze přesně určit“ (MIKŠOVÁ, aj., 2006, s. 43,44).

#### **Tření**

Síla působící souběžně s kůží, která vede k poškození kůže a k riziku infekce (MIKULA, aj., 2008).

„Mechanická poranění jsou způsobovány přesuny pacienta z lůžka na lůžko, nerovností lůžka dané shrnutým ložním prádlem, ale i špatně přiloženými obvazy“ (MIKULA, aj., 2008, s. 13).

### **Macerace**

Vlhkost kůže zejména spojená s inkontinencí, sekrecí z rány a zvýšeným pocením, může vést ke změně kožního pH původně kyselého na alkalické, které způsobuje menší odolnost vůči mechanickým vlivům a infekci (WEBER a kol., 2000).

### **Střížná síla**

„Střížná síla vzniká kombinací tlaku a tření, která nejčastěji působí, pokud pacient leží ve Fowlerově poloze. Střížná síla poškozují krevní řečiště a tkáně v dané oblasti“ (MIKŠOVÁ, aj., 2006, s. 44).

## **1.2.2 VNITŘNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VZNIK DEKUBITŮ**

Mezi vnitřní faktory ovlivňující vznik dekubitů řadíme tělesnou hmotnost, imobilitu, věk, pohlaví, hydrataci, souběžná onemocnění, cévní faktory, farmakoterapii, inkontinenci moči a stolice.

### **Tělesná hmotnost**

„Jakákoli odchylka od ideální tělesné váhy daného jedince zvyšuje riziko vzniku dekubitů“ (MIKULA, aj., 2008, s. 14).

„U pacientů s kachexií způsobuje riziko vzniku dekubitů přímá prominence kostí a kloubů k podložce a naopak u obézních pacientů je riziko vzniku dekubitů způsobeno špatnou pohyblivostí a zhoršenou možností polohování“ (PEJZNOCHOVÁ, 2010, s. 25).

## **Imobilita**

Zdravý člověk, který je schopen pohybu, mění svou polohu vždy, když pocítuje nepohodlí vyvolané tlakem na tělo, zatímco pacient, který je imobilní, je zcela závislý na pomoci druhé osoby (MIKŠOVÁ, aj., 2006).

## **Věk**

U starších lidí je tento faktor úzce spjat s hojením ran, který souvisí se sníženou elasticitou kůže, se sníženou ochranou funkce kůže, se sníženou produkcí mazu a potu, se sníženou mechanickou odolností, s oslabenou termoregulací a se zpomalenou obnovou buněk epidermis (PEJZNOCHOVÁ, 2010).

## **Pohlaví**

Dle odborných publikací jsou ženy náchylnější ke vzniku dekubitů, a to zejména z důvodu silnějších tukových vrstev (MIKULA, aj., 2008).

## **Hydratace**

„Při dehydrataci dochází ke snížení kožního napětí, které způsobuje vysoušení kůže a náchylnost k otokům a poraněním. Naopak při hyperhydrataci dochází ke zvýšení kožního napětí, které způsobuje otoky a poruchu integrity kůže“ (MIKULA, aj., 2008, s. 15).

## **Souběžná onemocnění**

Mezi nejzávažnější nemoci, které se podílejí na hojení těchto defektů, řadíme diabetes mellitus, maligní onemocnění, infekční choroby, onemocnění srdce a cév, anémii, aterosklerózu, selhání ledvin, stav po Cévní mozkové příhodě, poruchy vědomí a demenci (MIKŠOVÁ, aj., 2006).

## **Cévní faktory**

„Jakákoli porucha toku nebo objemu krve snižuje odolnost kůže“ (MIKULA, aj., 2008, s. 15).

## **Farmakoterapie**

„Nepříznivý vliv na hojení ran mají především sedativa, kortikoidy, cytostatika, imunosupresiva a nesteroidní antirevmatika, která tlumí reaktivní hyperemii“ (POKORNÁ, aj., 2012, s. 114).

## **Inkontinence moči a stolice**

„Silné kyseliny a zásady ve výkalech nebo v moči poškozují povrch epitelu a tím způsobují chemickou popáleninu“ (MIKULA, aj., 2008, s. 15).

Inkontinence moči a stolice zvyšuje riziko vzniku dekubitů až 5 - krát (WEBER a kol., 2000).

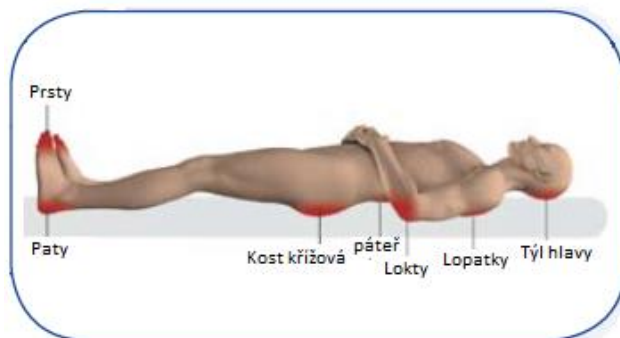
## **1.3 MÍSTA VZNIKU DEKUBITŮ**

„Dekubity mohou vzniknout na kterémkoliv místě těla, nejčastěji však vznikají na tzv. predilekčních místech“ (MIKŠOVÁ, aj., 2006, s. 50).

Predilekční místa jsou oblasti kostních vyvýšenin, kde je slabá tuková a svalová vrstva mezi vrchní vrstvou kůže a kostí. Tyto místa se liší podle polohy pacienta, ve které se pacient dlouhodobě vyskytuje (MIKŠOVÁ, aj., 2006).

### **1.3.1 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA ZÁDECH**

Při poloze na zádech vznikají dekubity v místech nad kostmi patními, nad kostí křížovou, nad trnem 7. krčního obratle, nad hřebeny lopatek, nad loketními klouby a nad kostí týlní (MIKŠOVÁ, aj., 2006).



Zdroj: KARHANOVÁ, 2014

**Obrázek 5** Predilekční místa v poloze na zádech

### 1.3.2 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA BOKU

Při poloze na boku je riziko vzniku dekubitů nejvyšší v oblasti lopatek, nad ramenním kloubem, nad hřebeny kyčelních kostí, v zevní části kolenního kloubu a v zevní části kotníku (STRYJA, 2008).



Zdroj: KARHANOVÁ, 2014

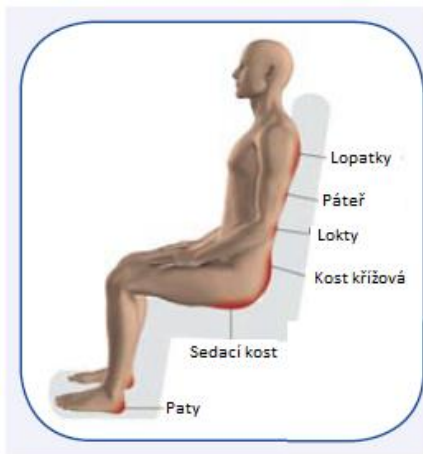
**Obrázek 6** Predilekční místa v poloze na boku

### 1.3.3 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE NA BŘIŠE

Při poloze na břicho jsou ohroženy vznikem dekubitů dolní čelisti, sternum, patela, přední hrana holenní kosti, distální konec humeru a lící kosti (STRYJA, 2008).

### 1.3.4 PREDILEKČNÍ MÍSTA V POLOZE VSEDĚ

Dekubity v poloze vsedě nacházíme v místech v oblasti hrbolů sedací kosti a v gluteální rýze (STRYJA, 2008).



Zdroj: KARHANOVÁ, 2014

**Obrázek 7** Predilekční místa v poloze vsedě

### 1.3.5 NETYPICKÁ PREDILEKČNÍ MÍSTA

Kromě typických lokalizací vzniku dekubitů mohou být místa dlouhodobého zavedení močového katétru, orotracheální intubace a nazogastrické sondy. Dalšími příklady je těsná sádrová fixace a saturační kolíky v oblastech ušních boltců a prstů (STRYJA, 2008).

## 1.4 DEZINFEKČNÍ ROZTOKY

„Indikace dezinfekčních roztoků volíme zejména při převazech nekrotických, infikovaných a povleklých ran, zatímco u čistých granulujících a epitelizujících ran nemá výplach rány, zvláště antiseptickými roztoky, své opodstatnění. Výplach rány napomáhá čištění rány odplavením zbytků raného sekretu, povlaků, nekrotické tkáně, hnisu, krevních sraženin, toxinů nebo zbytku bakteriálního biofilmu. Oplachem kolonizované chronické rány se snažíme zmenšit stávající mikrobiální osídlení. Výplach rány podporuje prokrvení spodiny rány a následnou granulaci a epitelizaci“ (STRYJA, 2011, s. 266).



### **1.4.1 OPLACHOVÉ ROZTOKY S ANTIMIKROBIÁLNÍM ÚČINKEM**

Roztoky s antimikrobiálním účinkem jsou vhodné především k výplachům infikovaných kožních vředů. Při dlouhodobém užívání těchto roztoků se mohou projevit některé nežádoucí účinky (STRYJA, 2011).

#### **Chlorhexidin**

Tento roztok je vhodný k výplachům ran, který je účinný proti širokému spektru bakterií. Chlorhexidin není účinný vůči sporám, houbám a virům. Jeho dlouhodobé užívání působí cytotoxicky na granulační tkáň (STRYJA, 2011).

#### **Prontosan roztok, Prontosan gel, Prontoderm**

Tyto sterilní antiseptické prostředky jsou určeny k výplachům rány, které jsou účinné i proti Methicillin rezistentní Staphylococcus Aureus (dále jen MRSA). Působí šetrně vůči granulační tkáni na spodině rány, nebrání epitelizaci a nepoškozují kůži v okolí rány (STRYJA, 2011).

#### **Dermacyn, DebriEcaSan**

Tyto antiseptické oplachy jsou určeny k výplachům a oplachům ran, které mají široké spektrum působnosti včetně kmenů MRSA a Vancomycin rezistentní Staphylococcus Aureus (STRYJA, 2011).

#### **Octenisept**

Tento antiseptický roztok je určený k oplachům kůže, ran a sliznic. Díky širokému spektru účinku můžeme tento roztok využít na chlamydie, mykoplasmata, houby, kvasinky, viry, protozoa včetně kmenů MRSA (STRYJA, 2011).

## **1.5 TYPY KRYTÍ DLE GENERICKÝCH SKUPIN**

„Výběr správného terapeutického krytí na konkrétní ránu představuje nelehký úkol, jehož zvládnutí je prvním krokem k úspěšné léčbě dekubitů“ (STRYJA, 2008, s. 125).

Téměř každý výrobek zajišťuje několik příznivých podmínek pro hojení rány. Mezi výhody terapeutického krytí dle našich vlastních zkušeností patří například snížení počtu převazů, menší bolestivost, menší krevní ztráty při převazech, menší počet provedených nekrektomií, rychlejší čištění spodiny, zkrácení celkové doby léčení a také snížení nákladů na celkovou léčbu. V současné době se jako významný problém ukazuje dlouhodobé užívání lokálních antibiotik, které cytotoxicky působí na granulační tkáň na spodině rány, vyvolávají alergii a iritaci kožního vředu. Základní rozdělení terapeutického krytí spočívá především z jejich funkce a označujeme je jako primární a sekundární. Primární krytí aplikujeme přímo na povrch rány, sekundární krytí zajišťuje fixaci primárního krytí a absorpci raného exsudátu, primární krytí dále dělíme vzhledem k jeho adherentnosti ke spodině rány na adherentní a neadherentní (STRYJA, 2008).

### **1.5.1 HYDROGELY**

„Materiály na bázi hydrogelů jsou gelová krytí na podkladu hydrofilních polymerů s obsahem vody vyšším než 50 %“ (BOTÍKOVÁ, aj., 2012, s. 19).

Vlastnostmi hydrogelů je absorpce nadbytečného exsudátu, rehydratace rány včetně suchých gangrén a úprava optimální vlhkosti v ráně. Tyto materiály používáme na slabě až středně secernující rány, dále je můžeme využít do kavit a hlubokých vředů. Hydrogely ponecháváme u nekrotických ran maximálně tři dny a u granulujících ran nejdéle sedm dnů. Gely, které aplikujeme přímo do vředu, je nutné krýt dalším primárním a sekundárním krytím. Mezi nejznámější a v praxi nejpoužívanější hydrogely řadíme Nu-gel hydrogel s alginátem, Prontosan gel, Askina gel, Urgo Hydrogel, Suprasorb G, Hydrosorb gel, Cutimed sorbact gel, Viacell (STRYJA, 2011).

### **1.5.2 KRYTÍ S AKTIVNÍM UHLÍM A STŘÍBREM**

Složení tohoto terapeutického krytí je aktivní uhlí impregnované kovovým stříbrem. V kontaktu s exsudátem dochází k ionizaci stříbra. Krytí s aktivním uhlím a stříbrem redukuje bakteriální kolonizaci a potlačuje ranou infekci. Krytí s aktivním uhlím a stříbrem indikujeme na kontaminované a infikované zápachající rány

s dostatečnou ranou sekrecí. Toto terapeutické krytí aplikujeme přímo na spodinu rány, které kryjeme sekundárním krytím. Krytí měníme při objevujícím se zápachu. Příkladem krytí je Actisorb plus (STRYJA, 2008).

### **1.5.3 NEADHERENTNÍ ANTISEPTICKÁ KRYTÍ**

Tyto materiály mají antimikrobiální účinek. Vlastnostmi antiseptických krytí je ochrana granulační tkáně a prevence vzniku infekce. Toto krytí lze využít k profylaktickému ošetření invazivních vstupů. Neadherentní antiseptická krytí aplikujeme přímo na povrch rány, které kryjeme sterilním sekundárním krytím. Frekvence výměny terapeutického krytí měníme dle rané sekrece, obvykle po dvou až sedmi dnech. Mezi produkty neadherentního antiseptického krytí řadíme Inadine, Braunovidon gáza, Atrauman Ag a Bactigras (STRYJA, 2008).

### **1.5.4 ALGINÁTOVÁ KRYTÍ**

Alginátová krytí dělíme na algináty a algináty s doplňky.

#### **Algináty**

Složení alginátů jsou vysoce absorpční alginátová vlákna z hnědých mořských řas. Mezi vlastnosti alginátů řadíme bakteriostatický účinek, čistící účinek a absorpci exsudátu. Algináty indikujeme na rány povrchní i hluboké se střední až silnou sekrecí, včetně ran infikovaných s podminovanými okraji. Algináty nejsou vhodné na suché rány a rány pokryté suchou nekrózou. Alginátové krytí vyžaduje sekundární krytí, které se mění spolu a alginátem podle množství sekrece každé dva až tři dny. Jako zástupce alginátů můžeme uvést Kaltostat, Suprasorb A, Melgisorb, AskinaSorb a Cutimed Alginate (STRYJA, 2008).

#### **Algináty s doplňky**

Algináty s doplňky vytvářejí optimální vlhkost na spodině secernující rány a dále mají baktericidní, bakteriostatický a hemostatický účinek. Algináty s doplňky indikujeme na povrchní i hluboké infikované rány se střední až silnou sekrecí.

Algináty s doplňky vyžadují sekundární krytí. Mezi produkty řadíme Silvercel, Acticoat absorbent, Askina Calgitrol Ag a Melgisorb Ag (STRYJA, 2011).

### **1.5.5 HYDROKOLOIDY**

Hydrokoloidy dále dělíme na tenké hydrokoloidy, hydrokoloidy standardní tloušťky a hydrokoloidy v gelu a pastě.

#### **Tenké hydrokoloidy**

Tenké hydrokoloidy udržují vlhké prostředí na povrchu rány a podporují epitelizaci s minimálním rizikem macerace okolí. Tyto materiály aplikujeme na slabě exsudující rány, na rány bez zjevných známek infekce s nízkou až střední sekrecí a na povrchní granulující kožní vředy. Tenké hydrokoloidy mají velice snadnou aplikaci, která nevyžaduje sekundární krytí. Frekvence výměny krytí u tenkých hydrokoloidů závisí na množství exsudátu a stavu rány, obvykle dva dny. Častější převazy mohou vést k poškození okolní epidermis. Mezi produkty tenkých hydrokoloidů patří Granuflex extra thin, Suprasorb H tenké hydrokoloidní krytí, Askina Biofilm transparent a Cutimed Hydro Lite (STRYJA, 2008).

#### **Hydrokoloidy standardní tloušťky**

Hydrokoloidy standardní tloušťky se řadí historicky mezi nejstarší terapeutické krytí tzv. vlhké terapie. Mezi vlastnosti hydrokoloidů řadíme absorpční schopnosti, udržení vlhkého prostředí na povrchu rány, stimulace tvorby granulační tkáně a podpora autolytického débridementu. Hydrokoloidy standardní tloušťky aplikujeme na granulující rány bez zjevných známek infekce s nízkou až střední sekrecí. Výhody tohoto terapeutického krytí je nízké riziko traumatizace rány a jejího okolí při převazech, voděodolnost, snadná aplikace a široký výběr rozměrů a tvarů. Výměnu hydrokoloidního krytí doporučujeme po třech až pěti dnech. Mezi produkty hydrokoloidů standardní tloušťky řadíme Granuflex, Comfeel plus hydrokoloidní krytí s alginátem, Suprasorb H, Askina hydro (STRYJA, 2008).

## **Hydrokoloidy v gelu a pastě**

Vlastnostmi hydrokoloidů v gelu a pastě je udržení vlhkého prostředí na povrchu rány a v kavitách, podpora tvorby granulační tkáně, podpora autolytického débridementu a hydratace spodiny rány. Toto terapeutické krytí aplikujeme na granulující rány s kavitami, na rány s podminovanými okraji bez zjevných známek infekce s nízkou až střední sekrecí. Hydrokoloidy v gelu a pastě vyžadují vhodné sekundární krytí. Produkty hydrokoloidů v gelu a pastě je Granuflex pasta, Flamigel, Flaminal, Askina Biofilm Paste a Purilon gel (STRYJA, 2011).

### **1.5.6 FILMOVÁ KRYTÍ VE SPREJI**

Tento typ transparentního rychleschnoucího filmového krytí je určen pro kůži ohroženou opakovanou traumatizací a macerací. Filmové krytí vytváří antibakteriální bariéru, která je propustná pro plyny a vodní páry a nepropustná pro vodu a mikroorganismy. Filmové krytí indikujeme na čisté, suché chirurgické rány a sutury. Filmové krytí ve spreji nevyžaduje sekundární krytí. Mezi produkty filmového krytí ve spreji patří Cavidon, Cutimed Protect Spray, OpSite Spray (STRYJA, 2008).

### **1.5.7 PLOŠNÁ PĚNOVÁ KRYTÍ**

Plošná pěnová krytí dělíme na neadherentní pěnová krytí, polyuretanové pěny se silikonem a krytí Kendall AMD.

#### **Neadherentní pěnová krytí**

Terapeutické krytí tohoto typu má velkou absorpční schopnost, která závisí na jeho tloušťce, struktuře a složení, dále vytváří vhodné mikroklima a stimuluje čištění rány a také zajišťuje efektivní bariéru proti průniku mikroorganismů do rány z vnějšího prostředí. Aplikujeme na neinfikované, mírně, středně až silně exsudující rány ve fázi granulace a epitelizace, chrání spodinu a okolí rány před macerací. Frekvence převazů u tohoto terapeutického krytí závisí na aktuálním stavu rány a množství sekrece. Pokud vkládáme pěnové krytí do kavit, je nutné sekundární krytí. Mezi produkty řadíme Tielle, Comfeel Biatain (STRYJA, 2011).

## **Polyuretanové pěny se silikonem**

Tyto krytí jsou vhodné k ošetření čistých ran ve stádiu granulace a epitelizace, mají absorpční a polopropustné vlastnosti. Preventivně působí proti maceraci v okolí rány. Indikujeme na neinfikované, mírně až střední exsudující rány. Významným zástupcem této skupiny je Mepilex a Mepilex Ag (STRYJA, 2008).

## **Kendall AMD**

Antimikrobiální pěnové krytí, které obsahuje PHMB což je baktericidní polymer snižující obsah bakterií v ráně. Toto krytí je v praxi hojně využívané (STRYJA, 2011).

## **1.5.8 ANTISEPTICKÁ KRYTÍ SE STŘÍBREM**

Základní charakteristikou skupiny tohoto terapeutického krytí je antimikrobiální účinek. Antiseptická krytí se stříbrem indikujeme na kriticky kolonizované a infikované rány (STRYJA, 2008).

### **Acticoat**

Toto nízce adherentní primární krytí obsahuje dvě vrstvy nanokrystalického stříbra a netkané polyesterové jádro, jehož vlastnostmi je velmi vysoký antimikrobiální účinek proti bakteriím, kvasinkám a plísním. Terapeutické krytí aplikujeme na kožní vředy, popáleniny a na rány se známkami infekce. Acticoat aplikujeme modrou stranou na ránu, který před použitím vlhčíme sterilní destilovanou vodou. Krytí měníme po třech až pěti dnech (STRYJA, 2008).

### **Askina Calgitrol Ag**

Askina Calgitrol Ag se vyrábí z polyuretanové pěny s vrstvou kalcia alginátu se stříbrem, jehož vlastnostmi je velká absorpční kapacita. Krytí indikujeme na středně silně exsudující infikované rány, na kožní vředy s kritickou kolonizací a na secernující neinfikované rány. Obvykle měníme krytí po dvou dnech (STRYJA, 2008).

### **Atrauman Ag**

Neadherentní krytí, které se používá na slabě secernující vředy bez známek infekce a na vředy se známkami kritické kolonizace (STRYJA, 2008).

## **BiatainAg**

Polyuretanové pěnové krytí se stříbrem má velkou absorpční, retenční a antibakteriální schopnost, které používáme na středně až silně exsudující infikované rány. Biatain Ag má preventivní i terapeutické vlastnosti proti maceraci kůže. Výměna krytí závisí na intenzitě rané sekrece a infekce, obvykle do dvou dnů (STRYJA, 2008).

## **SilverCel**

Terapeutické krytí je vyrobeno z vysoce absorpčních hydroalginátových vláken a sítě vláken impregnovaných stříbrem. Aktivace stříbra do rány závisí na množství produkovaného exsudátu. Krytí používáme na středně až silně exsudující rány a na rány infikované. Krytí měníme obvykle mezi druhým a třetím dnem, avšak záleží na intenzitě rané sekrece a infekce (STRYJA, 2008).

### **1.5.9 BIOAKTIVNÍ KRYTÍ**

Bioaktivní materiály dále dělíme na krytí obsahující kyselinu hyaluronovou, krytí s obsahem kolagenu a bioaktivní krytí s obsahem celulózy.

#### **Krytí obsahující kyselinu hyaluronovou**

Jejich vlastnosti bychom mohli přirovnat k hydrogelům. K významným zástupcům této skupiny patří Bionect Silver spray, Ialugen plus. Bionect Silver spray je složen v kombinaci s kyselinou hyaluronovou a koloidního stříbra ve formě práškového spreje. Používáme ho k ošetření neinfikovaných kožních lézí, k zajištění vlhkého prostředí v ráně a k ochraně před bakteriálními kontaminacemi (STRYJA, 2011).

#### **Krytí s obsahem kolagenu**

Tyto materiály urychlují regeneraci tkání, absorbují exsudát, podporují tvorbu granulační a epitelizační tkáně. Indikujeme je na neinfikované stagnující rány, které jsou ve stádiu granulace a epitelizace. Krytí s obsahem materiálu vyžaduje sekundární krytí, frekvence převazů závisí na stavu rány a velikosti sekrece a to většinou dvakrát

až třikrát týdně. Lze využívat pod kompresivní bandáž. Zástupci této skupiny jsou Promogran, Biopad (STRYJA, 2011).

### **Bioaktivní krytí s obsahem celulózy**

Tyto terapeutické materiály používáme k urychlení procesu hojení, na středně až silně secernující rány, které snižují bolestivost v ráně. Při léčbě suchých ran vlhčíme krytí fyziologickým nebo Ringerovým roztokem. Jako vhodné sekundární krytí doporučujeme neadherentní krytí a krytí s aktivním uhlím. Silně secernující rány převazujeme denně, u slabě exsudujících ran je frekvence převazu jednou za dva až tři dny. Zástupci této terapeutické skupiny krytí jsou Promogran, Traumacel Biodress, Veloderm (STRYJA, 2011).

## **1.6 ALGORITMUS VOLBY KRYTÍ U PACIENTA S DEKUBITEM**

### **Etiologie**

„Etiologii rány uvádíme v dokumentaci pouze tehdy, je-li příčina rány jasná a přesně uvedená v dostupné odborné dokumentaci“ (POKORNÁ, 2012, s. 65).

### **Lokalita**

Lokalizaci rány zakresluje do ošetrovatelské dokumentace pomocí obrázku lidského jedince, kterou v případě potřeby doplňujeme slovním komentářem (POKORNÁ, 2012).

### **Velikost (rozsah)**

Velikost rány měříme jednorázovými papírovými pravítky. Rozsah rány uvádíme v centimetrech v pořadí délka, šířka, hloubka. Hloubku rány měříme pomocí chirurgických nástrojů např. pinzety, pátradla nebo štětičky (POKORNÁ, 2012).



## Spodina rány

Spodina rány je velmi důležitou součástí popisu rány. Spodinu rány popisujeme dle jejího vzhledu na nekrotickou, povleklou, infikovanou, granulující a epitelizující. Ránu nekrotickou dále dělíme na ránu povrchově exsudující, ránu povrchově suchou, ránu hlubokou exsudující a ránu zapáchající. Ránu infikovanou dělíme dále na hlubokou a povrchovou ránu secernující a ránu suchou. Ránu povleklou dělíme na povrchovou slabě a silně exsudující a na ránu hlubokou slabě a silně exsudující. Ránu granulující dělíme na povrchovou slabě a silně exsudující a na ránu hlubokou slabě a silně exsudující. Ránu epitelizující dělíme na suchou a slabě secernující.

## Sekrece

Tabulka 1 Hodnocení rozsahu exsudace

Označení rozsahu exsudace	Identifikační znaky – prosáknutí krytí	Cíl péče
Žádná sekrece	Primární krytí je suché, bez viditelných stop sekrece	Podpora exsudace
Mírná sekrece	Až 25 % krytí je zvlhčeno exsudátem	Udržení optimální vlhkosti
Střední sekrece	Prosáknutí primárního krytí s částečným prosáknutím sekundárního krytí	Udržení optimální vlhkosti
Rozsáhlá sekrece	Prosáknutí sekundárního krytí	Udržení optimální vlhkosti, zabránění macerace okolní tkáně
Profuzní sekrece	Prosáknutí krycího materiálu i fixačního krytí	Udržení optimální vlhkosti, zabránění macerace okolní tkáně

Zdroj: POKORNÁ, 2012, s. 67

Tabulka 2 Typy exsudátu, jejich vzhled a význam

Typ exsudátu	Barva	Konzistence	Významné znaky – popis
serózní	světlý	vodnatý, řídký	normální exsudace, možná známka infekce
fibrózní	zkalený	řídký	obsahuje bílkoviny a fibrinová vlákna
sérosangvinózní	růžový	vodnatý, řídký	normální exsudace
sangvinózní	růžový	vodnatý, řídký	trauma cévního systému
séropurulentní	temně žluté barvy, zkalený	„krémový“	infekce
purulentní	žlutý, šedý, zelený	hustý	infekce
hemopurulentní	tmavě červený	viskózní, lepkavý	obsahuje neutrofilů, mrtvé bakterie, zánětlivé buňky
hemoragický	červený	viskózní, lepkavý	infekce, trauma

Zdroj: POKORNÁ, 2012, s. 69

## Zápach

Zápach je další faktor, který provází většinu ran a to zejména více ty, které se hojí pomaleji. Zápach z rány také bývá známkou růstu počtu bakterií nebo rozvoje infekce. K řešení zápachu využíváme krytí s aktivním uhlím (POKORNÁ, 2012).

## Bolest

„Bolest je subjektivní pocit pacienta, který významně ovlivňuje jeho chování“ (KOUTNÁ, 2014).

K měření bolesti nejčastěji využíváme vizuální analogovou či numerickou škálu (POKORNÁ, 2012).

## Okolí

Tabulka 3 Stav kůže v okolí rány

<b>Druh změny okolní kůže</b>	<b>Projevy – patologické stavy</b>	<b>Klinické známky</b>
změny barevné	změny pigmentace	hyperpigmentace
	hyperémie, ischemie	erytém bílé, šedé až černé okolí rány
ekzémové projevy	kontaktní dermatitida	ohraničená ložiska s erytémem, edémem
	chronická dermatitida	nepřesně ohraničená, mírně zarudlá, nebo lehce lividní ložiska suché kůže s olupováním
mikrobiální komplikace	stafylokoková dermatitida	žlutobílé zkalené pustulky se zarudlým lemem při vyústění chloupků
	erysipel	otok živě červené barvy, šířící se od místa vstupu infekce do okolí jazykovými výběžky
plísňová onemocnění	tineacorporis	ložiska s vyvýšeným periferním lemem, která se šíří do okolí, s centrálním olupováním
	tineapedis	interdigitální nebo plantární známky infekce
hypertrofické projevy	xeróza	nadměrně suchá olupující se kůže
	hyperkeratóza	zbytnělá hyperkeratotická kůže, šedobílá až šedožlutá, olupování při okrajích rány
	specifické projevy: 1. dermatoskleróza, 2. papilomatóza	1. plošný, tvrdý, zpočátku bolestivý, zarudlý infiltrát v dolní třetině bérce 2. bradavčité, na povrchu hyperkeratotické výrůstky
	hypertrofické jizvy, nádorové infiltrace	hrboly, indurace kůže a podkoží
atrofické projevy	atrophiacutis	tenká kůže se sníženou pevností a pružností
	atrophiblanche	lesklé, perleťovitě zbarvené, nepravidelné jizvičky s červeným, nebo hyperpigmentovaným lemem v okolí kotníků

Zdroj: POKORNÁ, 2012, s. 70-71

## **Množství patogenů**

Výběr primárního krytí dle množství patogenů v ráně ovlivňuje především erytém v okolí, zápach, tmavě červená spodina rány, povlak, rozšiřující se dimenze a bolest pacienta. Tyto charakteristické projevy jsou typické pro infekci a tím pro výběr terapeutického krytí s antiseptickými účinky (KOUTNÁ, 2014).

## **Interval převazů**

Intervaly převazů rány jsou dalším důležitým kritériem, které ovlivňují průběh hojení. Intervaly převazů slouží k výměně primárního a sekundárního krytí. Frekvence převazů závisí na druhu použitého terapeutického krytí, množství rané sekrece, přítomnosti rané infekce, ale také na potřebách hygieny daného jedince. Vzhledem k moderním terapeutickým krytím se intervaly mezi jednotlivými převazy mohou prodloužit až na sedm dní (STRYJA, 2008).

## **Roční období**

Tato problematika je řešena zejména v období letních měsíců, kdy teplota vzduchu stoupá nad 25 °C. V tomto období se v ráně zmnoží patogeny, zvýší se sekrece a zápach. Z důvodu těchto faktorů volíme častější převazy cenově přístupnějšími materiály (KOUTNÁ, 2014).

## **Cena**

Výběr primárního krytí dle ceny úzce souvisí s intervaly převazů, rozsahem rány, kontaminací primárního krytí exkrety a ročním obdobím (KOUTNÁ, 2014).

## **Sociální prostředí**

Dle sociálního prostředí pacienta volíme spíše krytí s možností delšího intervalu převazu, abychom zabránili vstupu pacienta do rány. Pacienta vyzýváme k častějším kontrolám (KOUTNÁ, 2014).

## 2 KAZUISTIKA

Dne 04.02.2013 byla přijata do ambulance hojení ran na Interním oddělení Strahov pacientka A. V. k řešení dekubitu V. stupně v sakrální oblasti po dimisi z II. chirurgické kliniky kardiovaskulární chirurgie Všeobecné fakultní nemocnice 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity na základě ordinace ošetřujícího lékaře. Pacientka byla dne 09.12.2012 přivezena ZZS na kardiovaskulární kliniku Všeobecné fakultní nemocnice s akutní disekcí aorty Stanford A k urgentnímu operačnímu výkonu. Během hospitalizace se u pacientky vytvořil dekubitus v sakrální oblasti. Léčba dekubitu byla během hospitalizace zkomplikována mnohočetnými profúzními průjmy. Pacientce byly prováděny pravidelné nekrektomie chirurgem. Od 21.01.2013 byla pacientce aplikována do postižené oblasti Vacuum Assisted Closure (dále jen V.A.C.). Dimise pacientky A. V. z kardiovaskulární kliniky byla uskutečněna 01.02.2013. Při propuštění byla velikost dekubitu klasifikována na IV. stupeň.

### Identifikační údaje

Jméno a příjmení: A. V.

Pohlaví: žena

Datum narození: 1944

Věk: 69

Rodné číslo: XY

Zdravotní pojišťovna: 207

Stav: vdaná

Povolání: ve starobním důchodu

Bydliště: Praha

Státní příslušnost: Česká republika

Vztah k zařízení: ambulantní

Oddělení: ambulance hojení ran

Ošetřující lékař: Dvořáková, MUDr.

Datum přijetí: 04.02.2013

**Medicínská diagnóza hlavní:** dekubitus v sakrální oblasti V. stupně

**Medicínská diagnóza vedlejší:** stresová inkontinence, stav po operaci disekce aorty  
Stanford A

**Vitální funkce při přijetí:**

TK: 130/85 torr

P: 75/min

D: 16/min

Hmotnost: 86 kg

Výška: 173 cm

BMI: 28,73 - nadváha

TT: 36,6 °C

Pohyblivost: s omezením

Stav vědomí: při plném, jasném vědomí

Krevní skupina: A negativní

**Nynější onemocnění:** Dekubitus v sakrální oblasti V. stupně, který se vytvořil v průběhu hospitalizace na II. Chirurgické kardiiovaskulární klinice Všeobecné fakultní nemocnice

**Informační zdroje:** pacientka, manžel, zdravotní dokumentace, sestra specialista v oboru hojení ran

## 2.1 ANAMNÉZA

Matka: + 69 let, karcinom prsu

Otec: + 81 let, infarkt myokardu

Sourozenci: má sestru a bratra

Děti: dvě, oba zdraví

### Osobní anamnéza

**Překonané a chronické onemocnění:** prodělané běžné nemoci v dětství

**Hospitalizace a operace:** 12/2012-disekce aorty Stanford A

**Úrazy:** neguje

**Transfúze:** neguje

**Očkování:** prodělala povinná očkování

### Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Anopyrin	tbl.	100 mg	1-0-0	Antikoagulancium
Citalec	tbl.	20mg	0-1-0	Antidepressivum
KCL	tbl.		1-0-1	Infundabilium
Sortis	tbl.	10mg	0-0-1	Hypolipidemikum

### Alergologická anamnéza

**Léky:** neguje

**Potraviny:** neguje

**Chemické látky:** neguje

### Abúzy

**Alkohol:** příležitostně

**Kouření:** nekuřačka

**Káva:** 1x denně

**Léky:** neguje

**Jiné drogy:** neguje

### **Gynekologická anamnéza**

**Menarché:** 1958

**Menopauza:** 1993

**Potíže klimakteria:** neguje

**Samo vyšetřování prsou:** neprovádí, dochází pravidelně každé dva roky na mamograf

**Poslední gynekologická prohlídka:** před třemi měsíci

### **Sociální anamnéza**

**Sociální anamnéza:** žije s manželem v panelovém bytě, chová psa a papouška

**Stav:** vdaná

**Bytové podmínky:** bydlí s manželem v panelovém bytě 2 + 1, vztahy se sousedy vyhovující

**Vztahy, role a interakce v rodině:** vztahy v rodině jsou vyhovující, pravidelné návštěvy dětí i vnoučat

**Vztahy mimo rodiny:**

**Záliby:** četba kriminální literatury, luštění křížovek, pletení, vaření

**Volnočasové aktivity:** procházky s manželem a domácím mazlíčkem

### **Pracovní anamnéza**

**Pracovní anamnéza:** pacientka pracovala jako obchodní referentka

**Vzdělání:** střední škola s maturitou

**Pracovní zařazení:** pracovala jako obchodní referentka, nyní ve starobním důchodu

**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** odchod do starobního důchodu v roce 2002

**Vztahy na pracovišti:** velmi dobré

**Ekonomické podmínky:** pobírá starobní důchod

**Spirituální anamnéza:** ateistka



## 2.2 KATAMNÉZA - PRŮBĚH LÉČBY SAKRÁLNÍHO DEKUBITU V AMBULANCI HOJENÍ RAN

**04.02.2013**

Pacientka A. V. přichází v doprovodu manžela do ambulance hojení ran na Interním oddělení Strahov k řešení dekubitu v sakrální oblasti po dimisi z II. chirurgické kliniky kardiiovaskulární chirurgie Všeobecné fakultní nemocnice.

Objektivně: Dekubitus V. stupně s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 13 × 7 cm, do hloubky 5 cm, podminování 5 – 7 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, okolí zinková pasta, do defektu Kendall AMD, výměna dle množství sekrece každé dva až tři dny.

Pacientka A. V. a její manžel jsou informováni o lokální terapii, následné léčbě a antidekubitním programu. Pacientka A. V. poučení rozumí a odchází ve stabilizovaném stavu.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 8 Sakrální dekubitus 04.02.2013

**18.02.2013**

Pacientka A. V. přichází na kontrolu sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: pacientka A. V. cítí bolest po převazu dekubitu, dekubitus ošetřován manželem

Objektivně: Dekubitus V. stupně s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 13 × 7 cm, do hloubky 5 cm, podminování 5 – 7 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, do okolí zinková pasta, do defektu Kendall AMD, výměna krytí dle množství sekrece každé dva až čtyři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 9 Sakrální dekubitus 18.02.2013

**04.03.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: v oblasti defektu bez bolesti, bolesti zad

Objektivně: Dekubitus V. stupně s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 6 × 6 cm, do hloubky 4 cm, podminování 6 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, do okolí zinková pasta, do defektu Kendall AMD, výměna krytí dle množství sekrece každé tři až čtyři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 10 Sakrální dekubitus 04.03.2013

**25.03.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. Stupně.

Subjektivně: v oblasti defektu bez bolesti, bolesti zad

Objektivně: dekubitus V. stupně s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu  $6 \times 6$  cm, do hloubky 4 cm, podminování 6 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, do okolí zinková pasta, do defektu Kendall AMD, výměna krytí dle množství sekrece každé tři až čtyři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 11 Sakrální dekubitus 25.03.2013

**15.04.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: v oblasti defektu bez bolesti

Objektivně: dekubitus V. stupně s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 6 × 6 cm, do hloubky 4 cm, podminování 6 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, do defektu Melgisorb Ag, výměna krytí dle množství sekrece každé tři až čtyři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 12 Sakrální dekubitus 15.04.2013

**29.04.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: v defektu bez bolesti, bolest v oblasti kyčle, lokální reakce po Melgisorbu Ag v podobě puchýřů na spodině rány, přesto defekt zlepšen

Objektivně: dekubitus V. stupně v sakrální oblasti s podminováním, čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 5 × 5 cm, do hloubky 3 cm, podminování 4 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok na 20 minut v obkladu, do defektu Trionic, výměna dle množství sekrece každé tři až čtyři dny.

**13.05.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrální dekubitu V. stupně.

Subjektivně: bez bolestí

Objektivně: dekubitus V. stupně s podminováním, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 4 × 5 cm, do hloubky 2 cm, podminování 3 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, do defektu Aquacel Ag, výměna krytí dle množství sekrece každé tři dny.

**03.06.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: bez bolestí

Objektivně: dekubitus V. stupně s podminováním, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 4 × 4 cm, do hloubky 2 cm, podminování 2 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, do defektu Traumacel + Aquacel foam, výměna krytí dle množství sekrece každé čtyři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 13 Sakrální dekubitus 03.06.2013

**19.06.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu V. stupně.

Subjektivně: bez bolesti

Objektivně: dekubitus V. stupně s podminováním, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 4 × 4 cm, do hloubky 1,5 cm, podminování 2 cm, okolí klidné, sekrece serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, do defektu Suprasorb A Ag, výměna krytí ob den.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 14 Sakrální dekubitus 19.06.2013

**10.07.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu IV. stupně.

Subjektivně: bez bolesti

Objektivně: dekubitus IV. stupně s podminováním, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu 4 × 4 cm, do hloubky 1,5 cm, podminování 2 cm, okolí klidné, sekrece malá serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí bez ošetření, do defektu Silvercel, výměna krytí každé tři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 15 Sakrální dekubitus 10.07.2013

**22.07.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrální dekubitu IV. stupně.

Subjektivně: bez bolesti

Objektivně: dekubitus IV. stupně s podminováním, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu  $4 \times 4$  cm, do hloubky 0,5 cm, podminování 1,5 cm, okolí klidné, sekrece malá serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí bez ošetření, do defektu Nugal + Actisorb, výměna krytí každé tři dny.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 16 Sakrální dekubitus 22.07.2013

**12.08.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu IV. stupně.

Subjektivně: bez bolesti

Objektivně: dekubitus IV. stupně s dvěma kapsami o rozsahu  $0,5 \times 1,5$  cm, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu  $2,5 \times 2,5$  cm, okolí klidné, sekrece malá serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí bez ošetření, do defektu Traumacel + Actisorb, výměna krytí každé dva až tři dny.



ZDROJ: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 17 Sakrální dekubitus 12.08.2013

**02.09.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu IV. stupně.

Subjektivně: bez bolesti

Objektivně: dekubitus IV. stupně s dvěma kapsami o rozsahu  $0,5 \times 0,5$  cm, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu  $2,5 \times 2,5$  cm, okolí klidné, sekrece malá serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí bez ošetření, do defektu Promogran + Mepilex Ag, výměna krytí každé tři dny.





Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 18 Sakrální dekubitus 02.09.2013

**23.09.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu III. stupně.

Subjektivně: silné bolesti páteře, verifikován nádor na páteři

Objektivně: dekubitus III. stupně s dvěma kapsami o rozsahu  $0,5 \times 0,5$  cm, s čistou granulující spodinou, rozsah vstupu  $2 \times 2,5$  cm, okolí lehká nemokvající iritace náplastí, sekrece malá serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí Cavilon sprej, do defektu Promogran + Mepilex Ag, výměna krytí ob den.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 19 Sakrální dekubitus 23.09.2013

**16.10.2013**

Pacientka A. V. přichází ke kontrole sakrálního dekubitu II. stupně.

Subjektivně: silné bolesti páteře, dle informace manžela infaustní situace

Objektivně: dekubitus II. Stupně, podminování proximálně v rozsahu 0,5 cm, spodina epitelizující, rozsah vstupu 2 × 2 cm, okolí lehká iritace náplastí, sekrece minimální serózní, bez zápachu.

Doporučení: Prontosan roztok 20 minut v obkladu, okolí Cavilon sprej, do defektu Promogran + Mepilex Ag, výměna krytí ob den.



Zdroj: KOUTNÁ, 2013

Obrázek 20 Sakrální dekubitus 16.10.2013

## **2.3 ANALÝZA**

V průběhu léčby sakrálního dekubitu jsme u paní V. využívali nejrůznější terapeutická krytí, která nám přinesla pozitivní výsledek. K dezinfekci dekubitu jsme používaly Prontosan, sterilní antiseptický dezinfekční roztok, který je určený k výplachům ran a působí i proti kmenům MRSA. První terapeutické krytí, které jsme aplikovali do defektu, byl Kendall AMD, což je plošné antimikrobiální pěnové krytí. Další krytí, které jsme zvolili, byl Melgisorb Ag, na který měla paní V. alergickou reakci v podobě puchýřku na spodině rány, i přesto jsme u dekubitu pozorovali zlepšení. Jako třetí terapeutické krytí jsme zvolili materiál Trionic, alginátové krytí s vápníkem, zinkem a manganem. Další terapeutické krytí byl Aquacel Ag patřící do skupiny hydrofibrů. Jako páté terapeutické krytí jsme volili v kombinaci Traumacel a Aquacel foam. Mezi další krytí patřili Suprasorb Ag a Silvercel. Dále bychom zmínili Nu-gel v kombinaci s Actisorbem a posledním zvoleným terapeutickým krytím byla kombinace Promogranu a Mepilexu Ag. Z důvodu zjištění nemokvajících iritací okolí náplastí v posledních dvou kontrolách jsme zvolili Caviol - filmové krytí ve spreji.

## **2.4 INTERPRETACE**

### **POSOUZENÍ SOUČASNÝCH POTŘEB V DOMÉNÁCH NANDA I TAXONOMIE II – 10.07.2013**

#### **Doména 1: Podpora zdraví**

Pacientka pravidelně dochází do ambulance hojení ran na Interním oddělení Strahov. Pacientka se snaží dodržovat všechna doporučení týkající se správné životosprávy. Na doporučení sestry specialistiky dodržuje paní V. sipping. Paní V. je nekuřačka, alkohol pije příležitostně, alergie neudává.

## **Doména 2: Výživa**

Pacientka dodržuje zásady správné životosprávy. Na doporučení zařadila pacientka do svého jídelníčku více ryb, vnitřností, luštěnin, zeleniny a ovoce. Pacientka se střídá v přípravě pokrmů se svým manželem. Pacientka se stravuje 5 – 6× denně. Během dne pacientka vypije 1,5 – 2 litry. Na doporučení sestry specialistky dodržuje sipping.

## **Doména 3: Vylučování a výměna**

Pacientka trpí stresovou inkontinencí moče, kterou řešila inkontinentními vložkami. Moč je čirá, světle žlutá. Stolice je nyní pravidelnější, díky úpravě jídelníčku. Pacientka se vyprazdňuje každý den. Pacientka v oblasti vylučování potu nepociťuje žádné změny.

## **Doména 4: Aktivita a odpočinek**

Před hospitalizací na kardiovaskulární klinice chodila pacientka s manželem a jejich pejskem na dlouhé procházky. Nyní si pacientka stěžuje na větší únavu, která jí brání ve větším fyzickém výkonu. Pacientka chodí po obědě spát na jednu až dvě hodiny. S usínáním a spánkem neměla paní V. nikdy žádné obtíže. V poslední době se pacientka cítí více unavená, i přesto, že spí celou noc.

## **Doména 5: Percepce a kognice**

Pacientka A. V. je při vědomí a je orientována časem, místem i osobou. Pacientka slyší dobře na pravé i levé ucho. Paní V. používá brýle na čtení.

## **Doména 6: Sebepercepce**

Pacientka A. V. je se sebou spokojena i přes nynější závažné zdravotní potíže. Pacientka se velice těší na komplexní lázeňskou péči, která jí čeká po zhojení sakrálního dekubitu. Pacientka A. V. věří, že se vrátí zpět do své původní fyzické kondice, kterou měla před operací na kardiovaskulární klinice.

## **Doména 7: Vztahy mezi rolemi**

Pacientka A. V. je vdaná a se svým manželem bydlí v panelovém bytě o velikosti 2 + 1, chovají psa a papouška. Manželé V. mají dceru a syna. Manžel je paní V. v období nemoci velikou psychickou oporou. Pacientka A. V. a její manžel mají tři

vnoučata, která je pravidelně navštěvují. Paní V. má hodně přátel, kteří k ní pravidelně dochází na odpolední čaje. Pacientka pracovala jako obchodní referentka, nyní je ve starobním důchodě.

### **Doména 8: Sexualita**

Pacientka A. V. začala menstruovat ve 14 letech, menstruace byla pravidelná a bez jakýchkoliv obtíží. Pacientka byla těhotná dvakrát, má dceru a syna. Těhotenství byla nekomplikovaná, porody byly fyziologické a v termínu. Klimakterium u pacientky nastalo v roce 1993, bez obtíží.

### **Doména 9: Zvládání a tolerance zátěže**

Pacientka se cítí v poslední době o mnoho lépe, se zvládáním zátěžových situací jí pomáhá manžel, který je pacientce neustále na blízku.

### **Doména 10: Životní principy**

Pacientka A. V. je ateistka. V současné době je pro pacientku nejdůležitější její zdraví a navrácení svých zvyklostí, která by mohla provádět bez omezení. Pacientka považuje také za velice důležité zdraví a spokojenost celé své rodiny.

### **Doména 11: Bezpečnost a ochrana**

Pacientka A. V. na doporučení sestry specialistky dodržuje zvýšenou hygienu rukou z důvodu rizika infekce.

### **Doména 12: Komfort**

Pacientka A. V. si během léčby sakrálního dekubitu stěžovala na bolesti v oblasti páteře. Pacientce byl později diagnostikován osteosarkom.

### **Doména 13: Růst a vývoj**

Pacientka A. V. má BMI 28,73 tedy nadváhu. Paní V. uvádí největší změny v hmotnosti v období klimakteria. Pacientka od doby hospitalizace na kardiiovaskulární klinice zhubla o čtyři kila.

## **2. 4. 1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II SEŘAZENÉ DLE PRIORIT**

**Narušená integrita tkáně – 00044**

**Narušená integrita kůže – 00046**

**Chronická bolest – 00133**

**Stresová inkontinence moči – 00017**

**Únava – 00093**

**Riziko infekce – 00004**

**Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze – 00200**

**Snaha zlepšit vylučování moče – 00166**

**Snaha zlepšit výživu – 00163**

**Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví – 00162**

**Snaha zlepšit komfort – 00183**

**Diagnóza: Narušená integrita tkáně – 00044**

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Určující znaky: poškozená tkáň, zničená tkáň.

**Priorita:** Vysoká

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka bude mít zhojenou tkáň do šesti měsíců.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka dodržuje zásady správné životosprávy a sippingu ve prospěch hojení sakrálního dekubitu do jednoho týdne.

**Výsledná kritéria:**

Pacientka je dostatečně edukována o zásadách správné životosprávy, hydratace a sippingu ihned při příjmu do ambulantní léčby

Pacientka je poučena o důvodu a významu správné hygieny rány ihned při příjmu do ambulantní léčby

Pacientka A. V. je dostatečně informována o lokální terapii a následné léčbě sakrálního dekubitu ihned při příjmu do ambulance hojení ran

Pacientka aktivně spolupracuje se speciální sestrou po celou dobu ambulantní léčby

Pacientka je edukována o možných úlevových polohách při vyskytujících se bolestech ihned při příjmu do ambulance hojení ran

### **Plán intervencí:**

Měř a zapisuj rozměry rány při každé kontrole v ambulantní péči – všeobecná sestra

Sleduj barvu kůže v okolí rány při každé kontrole v ambulantní péči – všeobecná sestra

Sleduj a zaznamenávej množství, barvu, konzistenci a typ exsudátu z rány při každém převazu v ambulantní péči – všeobecná sestra

Edukuj pacientku o správných zásadách životosprávy a hydratace ihned při příjmu do ambulantní péče – všeobecná sestra

Edukuj pacientku o významu hygieny rány ihned při příjmu do ambulantní péče – všeobecná sestra

Ukaž pacientce úlevové polohy při vyskytujících se bolestech ihned při přijetí do ambulantní péče – všeobecná sestra

Ránu převazuj vždy asepticky – všeobecná sestra

Vše zaznamenávej do dokumentace při každé kontrole v ambulantní péči – všeobecná sestra

### **Realizace:**

Při každé kontrole v ambulanci hojení ran jsem měřila a zapisovala rozměry rány

Při každé kontrole v ambulanci hojení ran jsem sledovala barvu kůže v okolí rány

Při každém převazu v ambulanci hojení ran jsem sledovala a zaznamenávala množství, barvu, konzistenci a typ exsudátu

Edukovala jsem pacientku o správných zásadách životosprávy a dostatečné hydrataci ihned při příjmu do ambulantní péče, provedla jsem záznam o edukaci do dokumentace

Edukovala jsem pacientku o významu správné hygieny rány ihned při příjmu do ambulantní léčby, provedla jsem záznam o edukaci do dokumentace

Ukázala jsem pacientce úlevové polohy ihned při příjmu do ambulantní péče

Ránu jsem převazovala vždy asepticky

Při každé kontrole sakrálního dekubitu jsem vše zaznamenávala do dokumentace

**Vyhodnocení:**

Pacientka A. V. dodržovala všechna doporučení ohledně správné životosprávy, dostatečné hydratace, sippingu a hygieny. Paní V. aktivně využívala v době bolestí úlevové polohy. Pacientka velmi dobře spolupracovala se zdravotnickým personálem.

Krátkodobý cíl by splněn.

Dlouhodobý cíl byl splněn.



## **2. 5 DISKUZE**

Na toto téma je napsáno mnoho knih a článků v odborných časopisech, které popisují, co dekubitus znamená, na kterých částech těla se vyskytuje, jaké jsou příčiny vzniku a jak tomu vleklému a nepříjemnému onemocnění předcházet. Ale jen zlomek autorů se zmiňuje o správném výběru krytí. Příkladem může být MUDr. Jan Stryja, který ve svých knihách Repetitorium hojení ran 1, 2 podrobně popisuje terapeutická krytí, jejich složení a také správný způsob užití na jednotlivé fáze hojení.

K porovnání výběru terapeutického krytí jsme vybrali článek na téma „Využití různých materiálů hojení ran u pacientů s dekubitem ve vybraných zařízeních v České republice a ve Spolkové republice Německo“ v odborném časopisu Hojení ran. Z České republiky byla oslovena Nemocnice Český Krumlov, Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Prachatice. V Německu byla oslovena Nemocnice Waldkirchen a Nemocnice Freyung. V českých nemocnicích bylo statisticky zjištěno větší využití hydrogelů, hydroaktivních suprasorbčních materiálů, antiseptických krytí se stříbrem a antiseptických krytí s aktivním uhlím. V německých nemocnicích je více využíváno polyuretanových pěn, transparentních polyuretanových krytí a absorbčních sekundárních krytí. I přes nepříznivou ekonomickou situaci v českém zdravotnictví bylo zjištěno, že i v naší republice se začínají terapeutická krytí při lokální léčbě nehojících se ran stávat standardem.

### **2. 5. 1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Na základě klinické praxe a po pečlivém prostudování odborné literatury, přikládáme toto doporučení pro praxi.

### **Doporučení všeobecným sestřám pro péči o dekubity v ambulantní péči:**

- aktivně se účastnit odborných seminářů na téma vlhkého hojení ran,
- znát všechny fáze hojení ran,
- důkladně popsat ránu, která nám sděluje rozsah, hloubku, spodinu, množství sekrece, zápach a stav okolí,
- zvážit všechny faktory, které mohou ovlivnit průběh hojení dekubitu, například inkontinence moči a stolice, medikamentózní léčba, souběžné onemocnění, nutriční stav pacienta,
- zvážit vhodný výběr terapeutického krytí na ránu, který závisí na lokalitě, spodině, sekreci, zápachu, etiologii, bolesti, mobilitě pacienta a ročnímu období,
- před každou aplikací terapeutického krytí je nutné přikládat na ránu desinfekční roztok v kombinaci s gázou, která se ponechá působit v ráně 20 až 30 minut,
- průběžně dokumentovat stav a vývoj rány,
- srozumitelně informovat pacienta po každém převazu rány.

### **Doporučení pro pacienta s dekubitem v ambulantní péči:**

- dodržovat intervaly výměny terapeutického krytí,
- dodržovat neustálý přísun vlákniny, bílkovin a vitamínů A, C, E,
- dodržovat dostatečnou hydrataci,
- dodržovat dostatečnou hygienu,
- zodpovědně přistupovat ke svému onemocnění,
- aktivně spolupracovat se zdravotnickým personálem.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit výběr terapeutického krytí, rozlišení jeho účinků a vlivů na pacienta. Je nutné vybrat správný typ primárního krytí, kterých je celá řada, odvíjející se od sekrece, spodiny rány, zápachu, okolí rány, intervalu převazů, ročního období, možnosti daného zdravotnického zařízení a sociálního prostředí ve kterém pacient žije. V některých zdravotnických zařízeních dle našich poznatků nemají dostatečné finanční prostředky a odborné znalosti v oblasti vlhkého hojení ran a tím dochází ke komplikované léčbě, která nebývá často úspěšná.

V praktické části jsme zpracovali kazuistiku pacientky A. V. se sakrálním dekubitem, u které byla možnost seznámit se s velkým množstvím primárních krytí, rozlišení účinků a zhodnocení jejich reakcí. Vzhledem k tomu, že pacientka byla při vědomí, měli jsme zpětnou vazbu na jednotlivé terapeutické materiály ve smyslu bolesti, zápachu a dyskomfortu jejího každodenního života. Během léčby došlo u pacientky k alergické reakci v podobě puchýřků na spodině rány po terapeutickém krytí Melgisorb Ag. I přes tuto reakci byl stav dekubitu zlepšen. Z nutnosti fixace sekundárního materiálu náplastí, se v okolí rány vyskytla nemokvající iritace, kterou jsme řešili Cavilonem - filmovým krytím ve spreji. Léčba byla z našeho pohledu nekomplikovaná a úspěšná, díky níž došlo k výraznému zlepšení rány. Cíle práce jsme splnili.

Díky těmto zkušenostem a poznatkům z praxe by bylo na místě zlepšit osvětu tohoto léčení, vzdělávat další zdravotnický personál, odesílat je na odborné semináře a konference, jelikož tato léčba má smysl a zlepšuje kvalitu života našich pacientů.


## SEZNAM LITERATURY


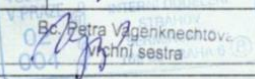

- BOTÍKOVÁ, A., M. RYSKA, 2012. *Moderné ošetrovanie chronických rán*. Praha: Ottova tiskárna. ISBN 978-80-87775-01-1.
- HERDMAN, T., H., 2010. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3423-1.
- Janet Cuddigan Treatment Guidelines* [online]. Janet Cuddigan. [22.11.2013]. Dostupné z: [http://www.hmi.dk/media/Janet\\_Cuddigan\\_Treatment\\_Guidelines.pdf](http://www.hmi.dk/media/Janet_Cuddigan_Treatment_Guidelines.pdf)
- KOUTNÁ, M., 2014. *Manuál hojení ran nejen pro sestry v intenzivní péči*. Praha: Galén. Připraveno pro tisk.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v Ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LANGOVÁ, P., I. BRABCOVÁ. Využití různých materiálů hojení ran u pacientů s dekubity ve vybraných zařízeních v České republice a ve Spolkové republice Německo. *Hojení ran*. 7. Ročník, 4. Číslo, s. 12-16. ISSN 1802-6400.
- MAĐAR, R., R. PODSTATOVÁ, J. ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1673-9.
- MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ, R. HERNOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1442-6.
- MIKULA, J., N. MULLEROVÁ, 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2043-2.
- NĚMCOVÁ, J. a kol., 2013. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-9-3.
- PEJZNOCHOVÁ, I., 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2682-3.
- POKORNÁ, A., R. MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3371-5.

- STRYJA, J., 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-60-3
- STRYJA, J., 2011. *Repetitorium hojení ran 2*. Semily: Geum. ISBN 978-80-86256-79-5
- ŠEFLOVÁ, L., J. BEZDĚKOVÁ, E. KONEČNÁ, S. FIŠAROVÁ. Praktický pohled na příčiny vzniku dekubitů. *Hojení ran*. 7. Supplementum, 1. Číslo, s. 43-45. ISSN 1802-6400.
- ŠVÁB, J. a kol., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2604-5.
- The red-yellow-black wound classification*[online]. Coloplast. [12.12.2013].  
Dostupné z:  
<http://www.chronicwounds.coloplast.co.uk/ECompany/GBMed/Clinical.nsf/0/408026788ED11CC5C125721E00592362>
- TRACHTOVÁ, E. a kol., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.
- VOKURKA, M., J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-202-5.
- WEBER, P. a kol., 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7.

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Žádost o dotazníkovou akci

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 <b>Žádost o dotazníkovou akci</b>	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací		
Příjmení a jméno žadatele	KARHANOVA' LUCIE	
Kontaktní adresa	SAJDOVA' 434, KLÁŠTEPEC 710, 431 51	
Telefon	431 446 341	e-mailová adresa KARHANOVALUCIE@SEZNAM.CZ
Škola / fakulta	VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ O.P.S.	
Obor studia	VŠEOBECNÁ SESTRA	
Téma závěrečné práce	ALGORITHMUS VOLBY KRYTÍ U PACIENTA S DEKUBITEM	
Termín sběru dat	1.2.2014 - 31.5.2014	
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	INTERNÍ ODDĚLENÍ STRAHOV VFN	
Zjišťované informace	KAZUISTIKA	
Forma prezentace dat:	BAKALÁŘSKÁ PRÁCE	
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.</li> <li>2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.</li> <li>3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.</li> <li>4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.</li> </ol>	
Datum:	10.2.2014	Podpis žadatele: 
<b>Vyjádření vedení pracoviště</b>		
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	10.2.2014	Podpis:  Bc. Petra Vágenknechtové Vrchní sestra
<b>Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze</b>		
Odpovědný náměstek / ředitele		
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne    Částka:	
Datum	18.2.14	Podpis:  Miroslav Dita VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE NÁMĚSTEK PRO NELÉKAŘSKÁ ZDRAVOTNICKÁ POVOLENÍ A KVALITU 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2