

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

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
U PACIENTA/KLIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA POSPÍŠILOVÁ, DiS.

Praha

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

**PROBLEMATIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE
U PACIENTA/KLIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA POSPÍŠILOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.,MPH.,RS

Praha 2016



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

Pospíšilová Kateřina
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 30. 10. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

*Problematika ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s bércovým
vředem*

Problematics of Nursing Care for Patient/Client with Crural Ulcer

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 2. 11. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka



PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

Kateřina Pospíšilová, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji doc. PhDr. Anně Mazalánové, PhD za pomoc a trpělivost při vedení bakalářské práce. Mé poděkování patří též Bc. Monice Líbalové za spolupráci při získávání údajů pro praktickou část práce.

ABSTRAKT

POSPÍŠILOVÁ, Kateřina. *Problematika ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s bércovým vředem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.,MPH.,RS. Praha. 2016. 89 s.

Předmětem mé absolventské práce je problematika ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s bércovým vředem. V teoretické části mé práce se věnuji obecné problematice chronických ran a stagnujících bércových vředů, jejich diagnostice, typům a terapii. V praktické části jsem zpracovala případovou studii u pacienta/klienta s bércovým vředem hospitalizovaným v Krajské nemocnici Liberec a.s. K získání informací jsem provedla rozhovor strukturovaný dle formuláře Ošetrovatelské vyšetření, informace, poučení běžně využívané v Krajské nemocnici Liberec a.s., a následně je zpracovala do případové studie. Praktická část obsahuje základní informace o pacientovi/klientovi diagnosticko-terapeutickou péči, popis šesti dnů pozorování pacienta/klienta během hospitalizace a rozčleněním ošetrovatelských diagnóz dle NANDA domén 2012 – 2014.

Klíčová slova: bércový vřed, fototerapie, chronická rána, larvoterapie, léčba ran, ošetrovatelský proces, pacient/klient.

ABSTRACT

POSPÍŠILOVÁ, Kateřina. *Problematics of Nursing Care for Patient/Client with Crural Ulcer.*. College of Nursing, o. p. s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.) Supervisor: doc.PhDr. Anna Mazalánová, PhD.,MPH.,RS. Prague. 2016. 89 pages

The subject of my final thesis is problematics of nursing care for the patient/client with crural ulcers. The theoretical part is devoted to the general problems of chronic wounds, stagnant leg ulcers, their diagnostics, types and therapy. In practical part I have aimed to describe the nursing care which was provided in hospital setting. To obtain the information I conducted an interview structured according to the form of Nursing examinations, information, instruction, commonly used in the Regional hospital of Liberec plc and processed it into the case study. Practical part contains basic information about a patient/client, diagnostic – therapeutical care, a description of the six days observation of the patient/client during the hospitalization with division of nursing diagnosis according to NANDA nursing diagnoses domains 2012 – 2014.

Key words: crural ulcer, chronic wound, larvotherapy, nursing care, patient/client, phototherapy, wound healing.

OBSAH

SEZNAM PŘÍLOH	11
SEZNAM ZKRATEK	12
SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ	13
ÚVOD.....	15
1 Charakteristika chronické rány	18
1.1 Fáze hojení chronické rány	18
1.2 Klasifikace chronických ran.....	19
2 Etiologie a patogeneze bércových vředů	21
2.1 Místní poruchy hojení – příčina na spodině rány	21
2.2 Systémové příčiny	21
3 Typy bércových vředů	23
3.1 Vředy žilní etiologie.....	23
3.2 Vředy tepenné etiologie	24
3.3 Vředy u pacientů/klientů s diabetem mellitem.....	24
3.4 Vředy jiné etiologie.....	25
3.4.1 Vřed hypertonický (Martorelliho).....	25
3.4.2 Ulcerace infekčního původu.....	25
4 Diagnostika bércových vředů	27
4.1 Anamnéza.....	27
4.2 Klinická vyšetření	27
5 Terapie bércových vředů	29
5.1 Místní léčba	29
5.2 Moderní krycí prostředky	30
5.2.1 Hydrokoloidní krytí.....	30
5.2.2 Hydrofíber – krytí z hydrovláken.....	31
5.2.3 Hydrogelová krytí	32
5.2.4 Neaderentní mřížky na rány	32
5.2.5 Pěnová polyuretanová krytí.....	32
5.2.6 Hydropolymerová krytí	33

5.2.7	Alginátová krytí.....	33
5.2.8	Prostředky s aktivním uhlím	33
5.2.9	Mokrý krytí – TenderWet.....	34
5.2.10	Enzymatické prostředky	34
5.3	Systémová léčba.....	35
5.4	Fyzikální léčba	35
5.4.1	Kompresivní terapie	35
5.4.2	Fototerapie.....	36
5.5	Larvoterapie	37
6	Kompetence všeobecných sester v ošetřování chronických ran.....	39
7	Provedení převazu	40
8	Ošetrovatelský proces u pacienta/klienta s bércovým vředem.....	42
8.1	Identifikační údaje pacienta/klienta	42
8.2	Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu	43
8.3	Anamnéza.....	44
8.3.1	Rodinná anamnéza	44
8.3.2	Osobní anamnéza	44
8.3.3	Farmakologická anamnéza.....	45
8.3.4	Alergologická anamnéza	46
8.3.5	Abúzus.....	46
8.3.6	Urologická anamnéza.....	46
8.3.7	Sociální anamnéza.....	46
8.3.8	Pracovní anamnéza.....	46
8.3.9	Spirituální anamnéza.....	47
8.4	Fyzikální vyšetření	47
8.5	Ošetrovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové	48
8.6	Medicínský management.....	50
8.6.1	Ordinovaná vyšetření:	50

8.6.2	Laboratorní vyšetření	50
8.6.3	Konzervativní léčba.....	50
8.7	Situační analýza.....	52
8.7.1	První den pozorování – 23.11.2015	52
8.7.2	Druhý den pozorování – 24.11.2015	54
8.7.3	Třetí den pozorování – 25.11.2015	55
8.7.4	Čtvrtý den pozorování – 26.11.2015.....	56
8.7.5	Pátý den pozorování – 27.11.2015.....	57
8.8	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	59
8.9	Plán ošetrovatelské péče.....	60
8.9.1	Stav ke dni 23.11.2015.....	60
8.9.2	Stav ke dni 27.11.2015 - nově vzniklé diagnózy	71
8.10	Zhodnocení ošetrovatelské péče	75
8.10.1	První den pozorování 23.11.2015	75
8.10.2	Pátý den pozorování 27.11.2015 nové diagnózy.....	76
8.11	Celkové zhodnocení pacienta/klienta	76
9	Závěr	77
10	Doporučení pro praxi.....	78
POUŽITÁ LITERATURA		79
PŘÍLOHY		I

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Schéma Wound healing continuum	I
Příloha B Přehled prostředků v návaznosti na fázi hojení	II
Příloha C Bércový vřed hospitalizovaného P/K.....	III
Příloha D Rešerše	IV
Příloha E Čestné prohlášení studenta k získání podkladů.....	V
Příloha F Návrh brožury.....	VI

SEZNAM ZKRATEK

ALT – Alaninaminotransferáza

AST – Aspartátaminotransferáza

EKG – Elektrokardiogram

GMT – Gammaglutamyltransferáza

H₂O₂ – Peroxid vodíku

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

DPPG - Digitální fotopletysmografie

ICHS – Ischemická choroba srdeční

KNL a.s. – Krajská nemocnice Liberec a.s.

K + C – Kultivace + citlivost

mmHg - Milimetry rtuťového sloupce

PAD – Perorální andidiabetika

PTA - Perkutánní transluminální angioplastika

P/K – Pacient/klient

TGF- β - Transforming growth factor β

VAS – Vizuální analogová škála

WHC – Wound healing continuum

(Vokurka, 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Adherence - přilnavost

Calor – teplota

Débridement – odstranění nekrotických částí, tkání

Digitální fotopletysmografie – neinvazivní metoda v angiografii, schopna posoudit hemodynamiku žilního toku

Dolot - bolest

Erysipel – prudký streptokokový zánět kůže

Flebografie - vyšetření žil za pomoci kontrastní látky a rentgenu

Functio laesa – změněná funkce

Intersticium - vmezeřená tkáň, v níž probíhají cévy a nervy

Insuficiencie – nedostatečnost

Inhibice – zpomalení procesů v organismu

Intravenózní – nitrožilní podání léku

Ischemie – místní nedokrevnost tkání, orgánů

Kavita – dutina, vyhloubenina

Lymfedém - otok edém způsobený poruchou odtoku lymfy

Hydrofilní – schopný vázat vodu nebo se v ní rozpouštět

Hypoxie – snížený obsah kyslíku ve tkáních

Macerace – změknutí vzniklé působením tekutiny

Neadherentní – nepřilnavé

Perkutánní – procházející kůží

Permeabilita – propustnost, schopnost membrán propouštět tekutiny

Perorální – podávaný ústy

Polymer – látka složená z makromolekul

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

Prolongace – prodloužení

Proteáza – skupina enzymů štěpících enzymy

Retikulární – síťovitě uspořádaný

Rubor – zrudnutí při zánětu

Secernovat – produkovat sekret

Tumor - otok

Vazodilatace – rozšíření cév

Venofarmaka – léky užívané k léčbě žilních onemocnění

Ulcerace – tvoření vředů, vředovatění

(Vokurka, 2009)

ÚVOD

Nehojící se vředy představují problém zdravotní, sociální, psychologický a ekonomický. Kvalita života pacienta s dlouhodobě otevřenou ránou je v porovnání se zdravou populací výrazně snížena. Otevřená rána je místem vstupu mikroorganismů do těla, možným zdrojem infekčních komplikací, zdrojem akutní či chronické bolesti. Hojná sekrece z rány může způsobit ztrátu tekutin a proteinů, poškozuje spodinu kožního vředu i jeho okolí, zvyšuje počet nutných převazů, a tak i náklady na léčbu. Chronická ulcerace ovlivňuje pracovní výkon, osobní život a omezuje nemocného v každodenních aktivitách, zálibách, pohybu. Nemocní se ve společnosti postupně stávají izolováni kvůli zhoršenému stavu, opakujícím se infekcím aj. Další problém představuje dlouhodobé sledování, které zatěžuje nejen pacienta, ale též se stává zdrojem frustrace pro zúčastněné zdravotníky.

Prioritou hojení akutní rány je dosažení kompletního uzavření vředu, ale u nehojící se rány je prioritou spíše zachovat a pokud možno i zlepšit kvalitu života pacienta.

Konkrétní problémy z pohledu pacientů studoval profesor Franks v roce 2003 (Franks et. al. 2003). Dle jeho výzkumu pacienti jako nejvíce limitující hodnotili časté převazy, opakující se ranou infekci, vyčerpání, nedostatek spánku, deprese, imobilitu, nesoběstačnost, frustraci, bolest a sociální izolaci. Tyto vlivy vedou ke změnám vnímání pacienta, kdy převažují zejména negativní pocity (rozmrzelost, beznaděj, úzkost či deprese). Toto nepříznivé vnímání a špatná psychosociální situace však může zhoršit hojení rány.

V současné době dochází k mírnému zlepšení díky zavedení moderních obvazových materiálů, které se nemusejí převazovat s takovou četností a při jejichž převazech nedochází k další mikrotraumatizaci defektů jako při klasickém krytí.

Jako první cíl mé bakalářské práce jsem vytyčila popsání problematiky léčby chronické rány a popsání ošetrovatelské péče poskytované v nemocničním zařízení. Jako druhý cíl bych chtěla vytvořit případovou studii u pacienta/klienta s bérčovým vředem.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Vymezení základních pojmů, stanovení rešeršní strategie.

Cíl 2: Vyhledání aktuální literatury vztahující se k dané problematice.

Cíl 3: Prohloubit teoretické znalosti spojené s tématem.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelský proces u pacienta/klienta s bércovým vředem.

Cíl 2: Prohloubit praktické znalosti spojené s ošetrovatelskou péčí.

Cíl 3: Definovat možná doporučení pro praxi.

Cíl 4: Vytvořit informační leták o bércových vředech pro pacienty/klienty.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně využity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Problematika ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s bércovým vředem, probíhalo v časovém období říjen 2015 až březen 2016. K vyhledávání byly využity elektronické databáze - katalog Národní lékařské knihovny, Jednotná informační brána, vyhledávač Google Scholar. Rovněž bylo využito osobních návštěv Krajské vědecké knihovny v Liberci a Národní lékařské knihovny v Praze.

Jako první jsem formulovala rešeršní požadavek a klíčová slova. Následně jsem stanovovala jejich vzájemné vztahy a ladila rešeršní požadavek. Dále jsem si jako rešeršní strategii zvolila strategii rostoucí perly, kdy dochází k postupnému rozšiřování dotazu a doplňování dalších klíčových slov za účelem získání mnou požadovaných dokumentů.

Zařazení dohledaných článků do bakalářské práce bylo na základě stanovených hlavních kritérií, a to plnotext (systematický přehled). Tyto publikace odpovídaly cílům bakalářské práce. Jednalo se o zdroje v jazyce českém a anglickém od roku 2005 až do současnosti. Kritériem pro vyřazování zdrojů byla nekorektnost se stanovenými cíli bakalářské práce. Dále nebyly brány v patrnost publikace, jejichž ověřitelnost, či důkazní stupeň byly velmi nízké. Tímto jsou míněny názory neodborníků, jednotlivců bez podložených tvrzení.

Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 39 relevantních plnotextů v českém, anglickém jazyce z let 1995 až 2014.

Vstupní literatura

- POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Dermatologie pro praxi: Bércový vřed*. Olomouc: Solen s.r.o., 2008, roč. 2, č. 2. ISSN 1802 – 2960.

- KAREN, Igor et al. *Chronický vřed dolní končetiny: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007, 16 s. ISBN 80-86988-18-5.
- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: GEUM, 2008, ISBN 978-808-6256-603.

1 Charakteristika chronické rány

V literatuře se jako chronická rána označuje sekundárně se hojící rána, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6 – 9 týdnů tendenci k hojení. (Tošenovský, 2007)

Kožní vřed (ulcus) je definován jako ztráta kůže v celém jejím rozsahu, která zasahuje do podkoží. Kožní ulcerace a vředy vznikají většinou v důsledku místních poruch trofiky tkání (angiopatie, neuropatie, lokální působení tlaku, projev celkového onemocnění) nebo rozpadem zánětlivého nebo nádorového ložiska. Jejich prevalence v populaci civilizovaných zemí se pohybuje kolem 1 – 2 %. (Stryja, 2011)

V praxi vznikají chronické rány přechodem akutní rány do chronicity v důsledku přidružených onemocnění, infekce či mikrotraumatizace kůže, která je predisponovaná k obtížnému hojení. Další možnou příčinou je prohloubení nekrózy kůže na podkladě základního onemocnění (například obliterující aterosklerózy dolních končetin). Otevřená rána je místem možného vstupu mikroorganismů do těla a může vést k rozvoji dalších komplikací. Většina kožních vředů je bolestivá, často provázená sekrecí, která negativně ovlivňuje pacienta. (Tošenovský, 2007)

Hojení chronické rány je proces náročný na dostatečný přísun živin potřebných pro reparaci tkáně. Normální reparativní proces hojení je u tohoto typu ran narušen a akutní rána tak přechází v ránu chronickou. Nejčastěji je to zapříčiněno lokálními infekcemi, bakteriální kolonizací, přidruženými onemocněními či základním stavem pacienta. Rány, které se nezahojily primárním hojením (per primam intentionem), přecházejí do sekundární fáze hojení. (Tošenovský, 2007)

1.1 Fáze hojení chronické rány

Chronická rána prochází třemi fázemi hojení. První, čistící nebo také zánětlivá fáze je přítomna v průběhu hojení každé rány. V této fázi hojení je cílem organismu odstranit z rány veškeré nežádoucí složky, proto v klinickém obraze nacházíme v místě rány Celsovy znaky zánětu (rubor, calor, tumor, dolor, functio laesa). Na mikroskopické úrovni dochází k vazodilataci, zvýšení permeability cév a exsudaci tekutiny do intersticia, čímž vzniká místní otok. Zároveň probíhá fagocytóza, která je důležitá pro přirozený débridement rány. Funkční překážkou v uzavírání rány může být fibrinový povlak nebo nekróza. Proto je nutné odstranit veškeré nekrózy, devitalizované nevascularizované tkáně a povlaky metodou débridementu. (Stryja, 2011)

Tím se rána posune do druhé, granulační fáze. Ta je specifická tvorbou jemné granulační tkáně (novotvořené cévy, fibroblasty a migrující makrofágy). Vzniká síť kolagenních vláken (produkt fibroblastů). Tvorbu těchto vláken zvyšuje růstový faktor (TGF - β), který produkují v ráně přítomné makrofágy. Takto vzniklá síť je podkladem pro následující proces epitelizace. Když dojde k vyplnění rány granulační tkání, je důležité zabránit hypergranulacím, infekci, traumatizaci rány a je nezbytné udržet prostředí ideálně vlhké. (Stryja, 2011)

Ve třetí fázi začíná rána z okrajů nebo z epitelizačních ostrůvků uvnitř rány epitelizovat a postupně se uzavírat. Je nutné udržet vlhkou spodinu rány, aby po ní mohly buňky migrovat. Epitelizační fáze bezprostředně provází fázi granulace, která vytváří nosnou plochu pro tvorbu nového pojivového tkaniva a pokožky, která je tenká a bez kožních adnex (chlupů, vlasů, žláz a nehtů). Dojde-li k hypergranulaci, je následná epitelizace rány zpomalena až potlačena. Jizva vznikající po zhojení rány bývá rudá, bez kožních adnex a postupně bledne. (Stryja, 2011)

1.2 Klasifikace chronických ran

Klasické dělení chronických ran zohledňuje charakter spodiny rány. Rozlišují se tedy rány nekrotické, povleklé, granulující a epitelizující. Podle přítomnosti klinických známek infekce na spodině pak rozlišujeme na rány infikované (hluboké či povrchní) a na rány neinfikované (hluboké či povrchní). Na klasifikaci ran se však podílí velký subjektivní podíl, a tak je komplikované vzájemné porovnávání klinických nálezů. To bylo podnětem pro vznik hned několika různých klasifikací. Například klasifikace chronických ran podle Knightona, která rozlišuje šest stádií chronické rány, nebo klasifikace dekubitů dle Hibbsové. (Stryja, 2011) Je zřejmé, že klasická ikonografie chronické rány je poměrně složitá, a to jak pro určení typu rány, tak i pro určení správného léčebného procesu. V roce 2002 proto bylo vydáno Kontinuum hojení rány (The wound healing continuum, Gray et Al.) To měla být pomůcka určená zejména pro sestry ošetřující rány. Je založena na rozpoznání barvy, která na spodině rány převažuje. K dispozici je škála barev – černá, žlutá, červená, růžová – s mezistupni řazeno zleva doprava. Pro výběr je rozhodující ta složka, která má největší vliv na hojící se ránu. Při zařazování rány je nutné vybrat barvu, která leží na pomyslné stupnici nejvíce vlevo a vhodnou léčbou se barvu (tkáň) snažit odstranit ze spodiny rány. Bude tedy docházet k postupu od černé k růžové. Tímto postupem

se k ráně přistupuje individuálně s cílem zlepšení lokálního nálezu a zhojení kožního vředu. (Stryja, 2011)

Základní typy ran, které charakterizuje WHC klasifikace, jsou následující:

- *Černá rána – Na spodině těchto kožních vředů nacházíme nekrózu – suchou nebo vlhkou gangrénu. Pod nekrózou bývá žlutá spodina, granulační tkáň nebo měkké podkožní tkáň. K tomuto typu lze přiřadit některá stádia dekubitů či nekrotické okraje chirurgických ran. Jediným léčebným zákrokem je débridement.*
- *Černožlutá rána – Žlutá komponenta je tvořena vláknitou vlhkou nekrózou, nekrotickým podkožním tukem. K navození hojení je opět indikován débridement.*
- *Žlutá rána – Žlutá barva je znakem nekrózy a hnisu. Protože nekróza je prostředím příznivým pro množení bakterií, je nutné myslet na infekci. Indikován je débridement.*
- *Žlutočervená – Červenou složku mohou vytvářet například koagula po traumatu, po odstranění adherentního krytí, kolonizaci kožního vředu hemolytickými bakteriálními kmeny nebo zdravá granulační tkáň. Vhodnou terapií je débridement, aplikace lokálních antiseptik a prostředků zabezpečujících vlhké prostředí pro hojení rány.*
- *Červená rána – Spodina je tvořena zdravou granulační tkání. Selhání, stagnace hojení, rozpad granulací a posun k ráně žlutočervené vede kolonizaci vředu.*
- *Červenorůžová – Je tvořena tenkou vrstvou čerstvě vzniklého epitelu, přes který prosvítá granulační tkáň. Cílem léčby je udržet stabilní vlhké prostředí.*
- *Růžová – Je stav, kdy je již kožní vřed překryt nově rostoucím epitelem. Nutná ochrana epitelu před poškozením, dokud nedojde k úplné konsolidaci jizvy.*

(Stryja, 2011, str. 34-35; Gray, 2002, str. 127-168)

2 Etiologie a patogeneze bérceových vředů

Většina chronických ran se nachází topograficky v oblasti dolních končetin. Výskyt aktivního bérceového vředu s věkem stoupá a na jeho etiologii se podílí více faktorů. Prevalence bérceového vředu ve věkových skupinách nad 70 let dosahuje až 5 %. (Stryja, 2011)

Příčinou bérceových vředů jsou nejčastěji onemocnění cévního systému. Asi 80 % bérceových vředů je způsobeno žilní nebo tepennou insuficiencí, z toho 60 % ulcerací na bérce je důsledkem chronické žilní insuficience, 10 % vzniká u nemocných s kritickou končetinovou ischemií a asi 10 % ulcerací je smíšeného původu. Zbývajících 20 % ulcerací na bérce je způsobeno jinými onemocněními (hemostázy, vaskulitidy, hematologická onemocnění, infekční a metabolická onemocnění, maligní karcinomy, arteficiální poškození). (Pospíšilová, 2004)

Zdlouhavý průběh je pro hojení chronických ran typický. Definice předpokládá stagnaci i přes adekvátní terapii po dobu 6 až 9 týdnů. Ve vlhkém prostředí po správné diagnostice a kauzální terapii vředu však dochází ke zlepšení lokálního nálezu. Přesto je hned několik příčin, které mohou mít jako efekt prolongaci procesu zhojení. (Tošenovský, 2007)

2.1 Místní poruchy hojení – příčina na spodině rány

Do této kategorie se řadí různé rané infekce, bakteriální kolonizace rány, protahovaný zánět, opakovaná traumatizace (včetně mikrotraumat spodiny při nešetrných převazech), tkáňová hypoxie a ischemie spodiny okrajů, přítomnost nekrotické tkáně a hnisu, ale také zvýšená aktivita proteáz. (Pospíšilová, 2004)

2.2 Systémové příčiny

Do této skupiny se dají zařadit různá systémová onemocnění, například autoimunitní onemocnění, specifická onemocnění kůže a podkožního vaziva, Diabetes mellitus, ateroskleróza tepen dolních končetin, posttrombotický syndrom, maligní nádory. Dále také vysoký věk pacienta, malnutrice, imobilita. Rychlost zhojení vředů mohou ovlivnit také léky ze skupin imunosupresiv, cytostatik, steroidních antiflogistik, antikoagulancií aj. V případě stagnace rány je nutné zjistit příčiny nehojení rány, ale i pátrat po možnostech špatné

diagnózy nebo nevhodně zvolené lokální či celkové terapie. Porucha hojení může být i následkem progresu původního onemocnění. (Pospíšilová, 2004)

Ulcerózy mohou vznikat z různých příčin a jsou vždy pouze symptomem onemocnění. V současné době je přístup k jejich léčbě založen na mezioborové spolupráci, ve které hrají velkou roli zejména praktičtí lékaři a sestry terénní ošetrovatelské péče. (Karen, 2007)

3 Typy bérkových vředů

Mezi nejčastější typy bérkových vředů patří ulcerace nereagující na léčbu, roky trvající ulcerace u pacientů s chronickou žilní či tepennou insuficiencí, diabetem mellitem či poškozením měkkých tkání opakovaným erysipelem. (Stryja, 2011)

3.1 Vředy žilní etiologie

Chronická žilní insuficience patří mezi nejčastější příčiny vzniku bérkového vředu (cca 70 % ulcerací). Chronická venózní insuficience postihuje asi 10 % (muži) až 30 % (ženy) populace. Je definována jako stav, který vzniká v důsledku městnání žilní krve v dolních končetinách při poruchách zpětného toku, čímž dochází ke vzniku přetlaku v žilním řečišti. Následně dochází k rozšiřování žil a objevují se varixy. Žilní chlopně postupně ztrácejí svoji ventilovou funkci a neodváděná tekutina se hromadí v podkoží, což vede k trofickým změnám na kůži a podkoží, k pigmentacím, otokům a fibrotizaci podkoží a k jizvení až vzniku bérkového vředu. (Stryja, 2011)

Mezi první příznaky žilní insuficience patří pocit těžkých unavených nohou, pocit napětí, bolesti lýtek, varixy, noční křeče (zejména lýtka a plosky), parestázie, svědění, pálení a otoky končetin (nejvíce kolem kotníků). Dalšími projevy může být podrážděná kůže, ztráta ochlupení na bérkách a změny na nehtech. Může dojít až ke vzniku bílé atrofie v oblasti vnitřního kotníku či k hemosiderinové pigmentaci (rezavohnědé skvrny na bérce). Potíže se zhoršují v průběhu dne, při dlouhodobém stání či sezení, před menstruací. Při elevaci končetin, při pohybu a po aplikaci kompresivní terapie potíže ustávají. (Tošenovský, 2007)

Pro bérkový vřed vzniklý na podkladě žilní insuficience je charakteristická střední až silná raná sekrece, umístění v oblasti vnitřního kotníku a anatomická spodina bez nekroz. V okolí se často vyskytuje tuhý otok a hyperpigmentace, častá bývá i macerace kožního krytu a sekundární mikrobiální ekzém. Vředy vzniklé na podkladě posttrombotického syndromu bývají hluboké, rozsáhlé, často cirkulární s nepravidelnými okraji, špatně se hojící. Venózní ulcerace se nevyznačují silnou bolestí, pokud je však, bolest přítomna, bývá způsobena zánětlivými změnami v okolí nebo mikrobiální složkou. (Pospíšilová, 2008)

Na jakém podkladě vřed vznikl, stanovíme na základě anamnézy, objektivního vyšetření, provedení funkčních zkoušek a paraklinických vyšetření (duplexní sonografické vyšetření, flebografie a digitální fotopletysmografie). (Karen, 2007; Pospíšilová, 2008)

3.2 Vředy tepenné etiologie

Čistě arteriální ulcerací trpí asi 10 % nemocných. Vznikají na podkladě onemocnění tepenného systému u pacientů ve vyšším věku, zejména při zúžení nebo uzávěru tepen na dolních končetinách. V důsledku zúžení či uzávěrů na tepnách přivádějících okysličenou krev dochází k různému stupni nedokrevnosti (ischemie). Chronická ischemie se projevuje vznikem námahových a posléze klidových bolestí končetiny, vznikají trofické změny kůže, kožních adnex a nehojící se vředy. Periferie končetin bývá chladná, bolestivá, bez hmatných pulsací na magistralních tepnách. Predilekčními místy jsou mimo prstů a paty také zevní kotník a přední hrana tibie. Na spodině vředu se často vyskytuje nekrotická tkáň, raná sekrece je minimální, okolní kůže je napjatá, bledá a často chladná. Arteriální ulcerace je bolestivá, a pokud dojde k progresi do hloubky a plochy, hrozí nemocnému amputace končetiny. Vzniku ulcerací předchází často klaudikační potíže (bolesti dolních končetiny v nočních hodinách při vodorovné poloze nohou) a to zejména u pacientů trpících dyslipidemií, cukrovkou, hypertenzí a u silných kuřáků. (Stryja, 2011)

3.3 Vředy u pacientů/klientů s diabetem mellitem

Diabetické ulcerace tvoří 3 % pacientů s bérceovým vředem. Často vznikají kombinací změn na úrovni makroangiopatie, mikroangiopatie a neuropatie. Pokud se vřed vytvoří v místech od kotníků dolů a na prstech nohou, pak vřed vznikl na podkladě mikroangiopatie. Pokud se vřed objeví na vnitřní či vnější straně bérce, jedná se o vřed vzniklý na podkladě makroangiopatie. Periferní senzitivní neuropatie je zodpovědná za sníženou citlivost akrálních částí končetin. Díky tomu se u diabetiků nevyskytují klaudikace či klidové bolesti ani ve stadiu kritické končetinové ischemie. Diabetické vředy jsou nevelké, bez větší sekrece, jsou ale hluboké a jejich hojení je zdlouhavé, často komplikované recidivující infekcí a otoky. (Stryja, 2011)

3.4 Vředy jiné etiologie

Dále rozlišujeme vředy vzniklé na podkladě hypertenze, kožních infekcí, chronických onemocnění cévní stěny a nádorových onemocnění.

3.4.1 Vřed hypertonický (Martorelliho)

Tento vřed bývá lokalizován na přední a laterální straně bérce, často oboustranný. Začíná jako povrchová ulcerace s retikulárním okolím žluté či červené barvy a výraznou bolestí. Častější výskyt u žen s vysokým krevním tlakem. (Pospíšilová, 2004)

3.4.2 Ulcerace infekčního původu

Kožní infekce bývají nejčastěji vyvolávány stafylokoky a beta-hemolytickými streptokoky. Ulcerace vznikají v důsledku rozpadu tkáně působením bakteriálních proteáz. K predisponujícím faktorům patří lymfedém, dlouhodobé otoky, diabetes mellitus, ischemie, obezita či imunosupresivní terapie. Při infekci v okolí vředu dochází k zarudnutí, otoku, výrazné bolesti a často i k celkovým známkám zánětu (febrilie, třesavka, schvácenost, pocení). (Pospíšilová, 2004)

Závažné následky má zejména erysipel (růže) kdy může dojít až ke vzniku lymfedému. U gangrenózního erysipelů může dojít až ke vzniku hlubokých nekrotických vředů resistantních na terapii. Infekční onemocnění, se kterým se můžeme setkat a způsobuje ulcerace, je nekrotizující fasciitida. U predisponovaných jedinců (diabetici, pacienti s lymfedémem, imunisuprimovaní) vznikají rozsáhlé nekrotické vředy, jejichž spodina zasahuje až ke svalové fascii, okolí je zarudlé a bolestivé. Tyto ulcerace jsou rezistentní i na terapii moderním krytím. Používá se tedy terapie kontrolovaným podtlakem a následným přenosem dermoepidermálního štěpu. (Stryja, 2011)

3.4.3 Vředy při vaskulitidách

Vaskulitidy jsou chronická onemocnění cévní stěny, která vedou k poruše mikrocirkulace, často spjaté s imunologickými změnami. Patří sem mnoho různorodých stavů, které mohou způsobovat ulcerace – revmatoidní artritida, lymfomy, systémový lupus erythematosus, aj. Klinické projevy jsou různorodé od erytému přes purpuru, puchýře, pigmentace až po nekrózy a vředy. (Karen, 2007)

3.4.4 Nádory

Příčinou ulcerací mohou být jak kožní nádory, tak metastázy či prorůstající tumory z hloubky. Na maligní nádor je třeba myslet zejména v případě ulcerací, které jsou rezistentní k léčbě. Známkou malignity je mechovitý vydutý vzhled v centru i na okrajích vředu, vředy snadno krvácejí a většinou nebolí. Kauzální terapie exulcerovaných tumorů (chirurgická excize s bezpečným lemem zdravé tkáně) většinou není možná a zaměřuje se proto na terapii symptomů – bolesti, sekrece a zápachu. (Stryja, 2011)

4 Diagnostika bércových vředů

Diferenciální diagnostika vředů na bérci je zásadní pro správnou kauzální terapii. Zjišťujeme tedy celkový stav pacienta, shromažďujeme veškeré anamnestické údaje a návyky pacienta v péči o ránu. Dále je pak důležité vyšetření spodiny rány pro určení typu rány a vyloučení či potvrzení bakteriální kolonizace. Opomenuta by neměla být ani řádná klinická vyšetření. (Stryja, 2011)

4.1 Anamnéza

Významnou součástí je rodinná anamnéza, při které se často zjistí výskyt žilních onemocnění nebo sklon k cévním onemocněním. V osobní anamnéze zjišťujeme, jaké byly počátky obtíží – vznik varixů, záněty žil, klaudikační bolesti, u žen je důležité zjistit informace o hormonální antikoncepční terapii či estrogenní substituci. Důležitá je i anamnéza sociální a pracovní. Práce ve stoje či vsedě po většinu pracovní doby nepříznivě ovlivňují žilní návrat v dolních končetinách. U nemocných s arteriálním poškozením se zaměřujeme na návyky, jako je kouření, konzumace alkoholu, pití kávy a dietní návyky. (Pospíšilová, 2004)

4.2 Klinická vyšetření

Aspekci zjišťujeme celkovou konstituci nemocného, asymetričnost, celkovou mobilitu či deformity. Na dolních končetinách si pak všímáme varixů, možných otoků, barvy kůže a morfologických změn – purpura, pigmentace, ekzémové projevy, jizvy, atrofické změny a v neposlední řadě ulcerace. Vyšetření aspekci provádíme jak u stojícího nemocného, tak u ležícího na lůžku. Dále hodnotíme vřed a zaznamenáváme informace o lokalizaci, velikosti, okrajích, tvaru, charakteru spodiny, sekreci, zápachu a změnách v okolí. Palpací hodnotíme teplotu kůže a její napětí. Dále zjišťujeme charakter otoku, charakter okrajů rány či infiltráty a na neposledním místě vyšetřujeme periferní pulsaci na dolních končetinách (arteria dorsalis pedis, arteria tibialis posterior). (Pospíšilová, 2004)

Do laboratorních vyšetření řadíme základní biochemické a hematologické rozborů (krevní obraz, hematokrit, glykémie, sedimentace erytrocytů), mikrobiologické vyšetření ze spodiny vředu – prováděno opakovaně při změně charakteru spodiny v průběhu terapie. Dále histologické vyšetření při podezření na maligní bujení – odebírá se ze spodiny ulcerace

nebo z jejích okrajů, či speciální biochemické vyšetření závisující na závažnosti žilního poškození (D-dimery nebo stanovení fibrinogenu v krvi). (Pospíšilová, 2004)

Bakteriologické vyšetření ze spodiny vředu je dalším ze skupiny vyšetření. Informuje nás o mikrobiálním osídlení, které může negativně ovlivnit proces hojení. Na základě výsledků ze stěrů se lépe stanovuje léčba. (Karen, 2007)

Základním přístrojovým vyšetřením je Dopplerovské vyšetření cév dolní končetiny případně pánevních cév. Pro podrobnou morfológickou a funkční znalost je potřeba provést vyšetření duplexním ultrazvukem, jehož specifita a senzitivita dosahuje až 100 %. Tato vyšetření detekující patologicko-anatomický nález doplňuje u bérkových vředů žilního původu vyšetření funkční zdatnosti svalové žilní pumpy – digitální fotopletyzmografie (D - PPG). V nejasných případech mohou být indikována vyšetření invazivního charakteru – flebografie, izotopová flebografie, arteriografie aj. (Pospíšilová, 2008)

5 Terapie bércoých vředů

Bércoý vřed se hojí výstavbou nové, vaskularizované, granulační tkáně, dále epitelizací a v konečné fázi jizvou. Hojení rány probíhá ve třech fázích, které se vzájemně prolínají – exsudativní, proliferační a epitelizační fázi. Hojení rány ovlivňuje mnoho faktorů obecního charakteru vycházející z celkového stavu organismu. Jako příklad se dá uvést věk nemocného, stav výživy, přidružená onemocnění, stav imunitního systému, bolest, některé léky, různé návyky apod. K místním faktorům majícím vliv na průběh hojení patří porucha hemodynamiky, velikost a hloubka rány, nekrotická tkáň a fibrinové povlaky, hnisavý exsudát, nadměrná sekrece, přítomnost mikrobů a další. Léčba se zaměřuje na příčinu onemocnění, stav rány a celkový stav organismu. (Navrátil, 2008)

5.1 Místní léčba

Cílem místní léčby je především sanace spodiny vředu, podpora granulace a epitelizace vhodným krytím vředu současně s léčbou okolí vředu. Zpočátku je třeba spodinu vředu vyčistit. K tomu se využívá chirurgický, autolytický a enzymatický débridement. Chirurgický débridement je nejrazantnější a nejrychlejší odstranění nekrotické tkáně ze spodiny vředu. Provádí se radikální nekrektomie, při níž dojde k odstranění nekrotických hmot a suspenzí. Může být provedena najednou, až do krvácení tkáně, nebo může být nekrotická tkáň odebírána postupně. Často se tato metoda kombinuje s méně invazivním autolytickým débridementem. Ten je založen na činnosti metaloproteáz (enzymy tělu vlastní) a žírných buněk v optimálně vlhkém prostředí rány. Jejich činností dochází k rozpuštění nekrotické tkáně. Tato forma je nejšetnější, ale časově náročná. Zařazuje se sem i microdébridement, který je založen na procesu, kdy je buněčný detritus a exsudát absorbován krytím. Enzymatický débridement je rychlý, nepoškozuje zdravé tkáně a netraumatizuje spodinu rány. Nekróza je rozložena enzymy, které jsou do rány dodávány formou hydrogelů a mastí. (Stryja, 2011)

K urychlení granulace vyčištěné spodiny vředu se užívají granulační pasty a masti často s obsahem kyseliny salicylové v koncentraci do 5 %. Mezi epitelizační prostředky patří masti s rybím tukem či vitamíny. Pokud se vyskytuje sekrece, je nutné vřed převazovat denně, když však sekrece ustane, převazujeme většinou dvakrát týdně. Časté převazy nejsou

vhodné, neboť dochází ke každodenní traumatizaci okrajů a hojení se tak výrazně zpomaluje. (Karen, 2007)

Místní léčba zahrnuje dvě používané metody ošetřování, „klasickou“ (konvenční) a „moderní“, která je založena na principu vlhkého hojení ran. Při klasické léčbě se používají obklady s čistícím a dezinfekčním účinkem, například 3 % roztok borové vody, slabě růžový roztok hypermanganu. Popřípadě lze použít 3 % borovou vazelínu, kafrovou mast či Borargenotovu mast s granulačními a epitelizačními účinky. (Navrátil, 2008)

Moderní léčba je postavena na používání krycích materiálů, které jsou netoxické, hypoalergenní a vyvinuté na základě nejnovějších poznatků o hojení ran. Jejich hlavní úlohou je zajištění vlhkého prostředí, které vytváří přirozené podmínky pro léčbu ulcerací. Dále brání sekundární infekci z okolí a udržují stálou teplotu v ráně. Dalšími výhodami v porovnání s klasickým způsobem ošetřování ran je jednoduchá manipulace a nižší frekvence výměny krytí. Jejich správné použití vyžaduje znalosti o procesu hojení, o složení a účinku jednotlivých prostředků. Při správném použití těchto materiálů dochází k urychlení procesu hojení, snížení počtu převazů a tak i redukci celkový nákladů spojených s léčbou. (Pospíšilová, 2008)

5.2 Moderní krycí prostředky

Moderní krycí prostředky mají různou konzistenci, odlišné materiálové složení a účinek, což vede k jejich rozdělení do několika skupin.

5.2.1 Hydrokoloidní krytí

Tzv. „hydrokoloidy“ vytváří vlhké prostředí potřebné k hojení vředu tím, že při kontaktu s vlhkostí rány vytvoří gelovou hmotu. Ta stimuluje autolytický débridement, granulaci a epitelizaci. Pojímají infikovaný sekret z rány a zároveň brání vstupu sekundární infekce do rány. Jsou vhodné pro léčbu granulujících ran s čistou spodinou a nízkou až střední sekrecí. Kontraindikací je infikovaná rána s anaerobními kmeny a přecitlivělost na některou ze složek krytí. Mohou být na ráně ponechány tři až pět dní, což výrazně snižuje traumatizaci rány v okolí při výměnách. Mezi nevýhody patří charakteristický zápach, riziko macerace okrajů rány, netransparentnost. Při aplikaci by měl být zajištěn přesah krytí na okolí vředu (jeden až dva centimetry od okraje vředu). K výměnám dochází většinou třetí

den či při vyčerpání absorpční kapacity. To se projeví tvorbou „puchýře“ v centrální části krytí. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Mezi tato krytí patří: Granuflex, Granuflex bordered, Suprasorb H, Tegasorb, Replicare ultra, Hydro Border. Jsou vyráběny i ve tvarech a rozměrech přizpůsobených specifickým anatomickým lokalizacím, například Sacrum nebo Heel – pata.

Hydrokoloidy v gelu a pastách slouží jako primární krytí na plošné, hluboké rány, kavity, rány s podminovanými okraji a hrbolatou spodinou. Udržují vlhké prostředí na povrchu rány a hydratují spodinu rány. Jejich nevýhodou je omezená schopnost absorbovat tekutiny z rány a nutnost častých převazů (maximálně po 72 hodinách) podle intenzity sekrece z rány. Nelze použít u infikovaných a silně secernujících ran. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Patří sem: Granuflex pasta, Flamigel, Flaminal. Comfeel pasta, Purilon gel.

5.2.2 Hydrofiber – krytí z hydrovláken

Forma krytí s vysokou absorpční a retenční schopností. Hydrovlákna jsou vyráběna z hydrokoloidu, který se spřádá do dutých vláken, ze kterých se vyrábí netkaný krycí polštářek často kombinovaný se stříbrem (ionty Ag^+). Krytí absorbuje raný exsudát včetně bakterií do nitra vlákna, reaguje s ním a vytváří na povrchu rány hydrofilní gel, který zadržuje bakterie, přizpůsobuje se kontuře rány a udržuje ideální vlhké prostředí. Použití u středně až silně secernujících a kolonizovaných ran. Kontraindikací je suchá rána pokrytá nekrotickou tkání bez dostatečného zvlhčení při aplikaci. Při slabší exsudaci je možnost adheze krytí k okrajům vředu, lze provést proplach rány fyziologickým roztokem nebo zvlhčit krytí, aby nedocházelo k mikrotraumatizaci rány. Díky vysoké absorpční a retenční schopnosti je nižší riziko macerace okolní kůže. Při aplikaci do kavít vyplníme dutinu krytím, malou část necháme venku pro usnadnění odstranění při převazu. Přímo na ráně dodržujeme přesah alespoň o jeden centimetr a překryjeme sekundárním krytím. Frekvence výměny závisí na množství sekrece a závažnosti mikrobiální kontaminace povrchu rány. Pokud je rána infikovaná převazujeme častěji, jinak můžeme převazovat až po sedmi dnech. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Do této skupiny řadíme: Aquacel, Aquacel Ag, Aquacel Surgical, Versiva XC.

5.2.3 Hydrogelová krytí

Gelová krytí na hluboké rány a kavity různého složení. Obsahují hydrofilní polymery s vysokým obsahem vody (minimálně 50 %). Jsou schopné absorbovat nadbytečný exsudát a zároveň rehydratovat ránu. Jsou vhodné pro všechny fáze hojení. Autolyticky odstraňují nežádoucí nekrotické a fibrinové povlaky z povrchu rány (hydratace suché nekrózy), zabráňují vysychání spodiny, podporují tvorbu granulační tkáně. Snižují bolestivost a traumatizaci granulujícího povrchu při převazech. Kontraindikací jsou silně secernující a infikované rány. Frekvence převazů je mezi třemi a sedmi dny. Aplikovaný gel je vhodné překrýt dalším primárním a sekundárním krytím. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Patří sem například: Nu – gel, Hypergel, Granugel, IntraSite Gel, Hydrosorb gel, DebriEcaSan aquagel.

5.2.4 Neadherentní mřížky na rány

Primární krytí na rány z tkaných i netkaných materiálů, dobře přizpůsobivé povrchu rány. Kontaktní atraumatické mřížky s obsahem silikonu, vazelíny, parafinu atd. Vhodné k ošetření čisté rány ve stádiu granulace a epitelizace. Vhodné zejména pro povrchové rány, s mírnou sekrecí a bez infekce. Minimalizují riziko bolesti a poranění spodiny rány při převazu. Vyžaduje sekundární krytí, vhodné ke krytí hydrogelových materiálů. Vhodný přesah krytí na zdravé okolí je dva centimetry, frekvence převazů jeden až sedm dnů. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Řadíme sem: Mapitel, Mepitel One, Siltex, Tegapore, Atrauman, Lomatuell H, Graselind, Jelonet, Cuticell.

5.2.5 Pěnová polyuretanová krytí

Pěnová polyuretanová krytí jsou jednoduchá nebo vícevrstevná krytí, vyráběná z měkkých polyuretanových materiálů se širokými, či drobnými a hustými póry s různou drenážní schopností a absorpční kapacitou. Společně s exsudátem pojímají i bakterie, odumřelé buňky a toxiny čímž se podílí na čištění rány. Indikované u neinfikovaných ran ve fázi granulace a epitelizace. Neulpívají na spodině rány, tudíž nedochází k traumatům při převazech a nevyžadují sekundární krytí. Přesah krytí, by měl být jeden až dva centimetry

kolem okraje vředu. Frekvence převazů záleží na velikosti sekrece a stavu rány. Při nízké sekreci může být na ráně ponechán až 7 dní. Neměli by se používat v kombinaci s oxidanty (H_2O_2). (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Do této skupiny patří produkty: Tielle, Allevyn thin, 3M Foam, PermaFoam, Soprasorb P, Mepilex.

5.2.6 Hydropolymerová krytí

Další forma obvazů, které podporují vlhký způsob hojení. Jsou vlastnostmi podobné hydrokoloidům. Zajišťují optimální odvod exsudátu z rány, mají velkou absorpční kapacitu a zabraňují tak maceraci okolí rány. Rány s nedostatečnou hydratací tato krytí hydratují. Využití u povrchových i hlubokých defektů bez infekce a kolonizace se středně silnou sekrecí. Podpora granulace a epitelizace. Vyčerpaná kapacita krytí se projeví vznikem puchýře na vnější straně obvazu. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Mezi produkty řadíme: Tielle Xtra, Allevyn Compression.

5.2.7 Alginátová krytí

Moderní vlhké krytí vyrobené z hnědých mořských řas pro léčbu ran v čistící a granulační fázi. Primární krytí na povrchní i hluboké rány se střední až silnou sekrecí, včetně ran infikovaných s podminovanými okraji. Při kontaktu se sekretem rány se vláknitá struktura přemění v nepřilnavý gel, který vyplní ránu a uzavře ji před možným vstupem infekce. Současně se sekretem z rány pojímá gel i zbytky odumřelých buněk, hnis a bakterie čímž přispívá k hojení rány. Nevhodné na suché rány a rány pokryté suchou nekrózou. Aplikace pouze na spodinu rány, nemělo by přesahovat okraje, nutné sekundární krytí. Díky tomu, že neulpívá v ráně, nedochází k traumatizaci rány při výměně krytí (případně zbytky lze vypláchnout Ringerovým roztokem). Výměny krytí podle velikosti sekrece, většinou každé 2 – 3 dny. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Produkty: Sorbalgon, Suprasorb A, Melgisorb, Silvercel

5.2.8 Prostředky s aktivním uhlím

Uplatňují se u silně secernujících, infikovaných a hnisajících ran v době čištění a granulace. Kromě sekretu z rány pohlcují i bakterie, čistí ránu a redukuje zápach. Na ráně

mohou být ponechány několik dní, ale je nutné udržovat ve vlhkém stavu, jinak má tendence přisychat ke spodině rány. Kontraindikací je suchá nekrotická rána. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Příklady produktů: Carbonet, Tecasorb, Acatex, Askina Carbosorb.

Možná kombinace s ionty stříbra (Ag^+), dochází tak navíc k baktericidnímu působení Ag^+ na spodině rány. Redukce bakteriální kolonizace, potlačení rané infekce (stafylokoky, MRSA, Streptokoky, aj.). Při nedostatečné rané sekreci dochází k přilnutí krytí na spodinu rány, což jde řešit přidáním hydrogelů a sekundárním krytím. Nedoporučuje se stříhat na menší velikosti. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Produkty: Actisorb plus, Actisorb 220, Vliwaktiv Ag.

5.2.9 Mokrý krytí – TenderWet

TenderWet jsou savé polštářky s polyakrylátovým jádrem aktivované Ringerovým roztokem. Po aktivaci dochází k uvolňování Ringerova roztoku do rány a zároveň absorpcí sekretů společně s bakteriemi a toxiny do absorpčního jádra. Použití zejména u infikovaných, povleklých, silně secernujících a nekrotických ran, kdy dochází k čištění rány a podpoře granulace. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

5.2.10 Enzymatické prostředky

Díky obsahu hydrolytických enzymů se používají v terapii bércových vředů s fibrinovými povlaky a nekrotickou spodinou, kde nahrazují nedostatek enzymů zapojených do procesu hojení. Proteolytický účinek enzymů se omezuje na nekrotickou tkáň a pomáhá tak bezbolestně čistit spodinu bércového vředu. Aby se účinek enzymů mohl uplatnit, je nutné, aby rána byla vlhká. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Kromě uvedených forem krytí a léčebných prostředků, existuje řada dalších. Například jsou to prostředky s obsahem kolagenu, s růstovými faktory, kyselinou hyaluronovou či krytí kombinovaná. Ta jsou složena ze dvou a více komponent, jejichž účinky se vzájemně doplňují. U ran infikovaných je nutné použít prostředky s antibakteriálním či antiseptickým účinkem. Při výběru krycích prostředků se vychází

z jejich léčebného účinku, z fáze hojení a z intenzity sekrece. Každá skupina krytí se vyznačuje specifickým účinkem, kterého nelze obecně využívat ve všech fázích hojení. (Stryja, 2011), (Slonková, 2007), (Karen, 2007), (Tošenovský, 2007)

Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku s přehledem prostředků a jejich použití. Tato tabulka je umístěna v přílohách jako Příloha B.

5.3 Systémová léčba

Celková léčba je nutnou součástí komplexní péče o nemocného s bérčovými vředy. Její indikace je podmíněna etiologií ulcerací, přidatnými chorobami a celkovým stavem nemocného. V léčbě zaměřené na příčinu onemocnění u ulcerací žilního původu dominují venofarmaka, která snižují propustnost žilní stěny. U arteriálních ulcerací jsou indikovány léky s vazodilatačním účinkem. Mezi přidružená onemocnění se řadí ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes mellitus a další, které je nutné korigovat pomocí adekvátní léčby. U celkového stavu pacienta se sleduje zejména stav výživy, a od ní odvíjející se patologické změny laboratorních hodnot (anémie, avitaminóza, hypoalbuminémie aj.), které mnohdy vyžadují kompenzaci z důvodu možné inhibice hojení. V neposlední řadě sledování a snižování bolesti, která je častým průvodním symptomem a výrazně snižuje kvalitu života nemocného. (Navrátil, 2008)

5.4 Fyzikální léčba

Fyzikální léčba se uplatňuje zejména v léčbě bércových vředů, které jsou doprovázeny hemodynamickou poruchou. K fyzikální léčbě využívané u pacientů s bérčovými vředy patří léčba zevní kompresí, léčba kompresivními přístroji (Lymfoven, Vasotrain), fototerapie (lampa Biotron) či manuální masáž okolí rány. (Navrátil, 2008)

5.4.1 Kompresivní terapie

Kompresivní terapie je nedílnou součástí léčby bércových vředů žilního původu, protože kauzálně ovlivňuje oběhové poměry. Pro kompresivní léčbu jsou vhodné především kompresivní obvazy (obinadla). Jejich přiložením dochází k zúžení průsvitu rozšířených žil a posílení návratu žilní krve k srdci. Tím dojde ke zmenšení otoku, zlepšení objemových poměrů, a tak zlepšení podmínek pro hojení ulcerace. V léčbě bércového vředu se používají výhradně obinadla krátkotažná, jejichž účinek se promítá až do hlubokého žilního systému.

Tato obinadla mohou být na končetině ponechána přes noc, nebo i několik dní. Důležité je správné přiložení obvazu. Začíná se od hřbetu nohy, odkud jej dále navinujeme přes patu a hlezenní kloub až po koleno, případně na stehno. Pata nesmí být volná a jednotlivé túry obinadla se musí překrývat buď spirálovitě nebo klasově (minimálně ze 2/3). Největší tlak obinadla by měl být v oblasti kotníku a klesající směrem ke kolenu. (Stryja, 2011)

V indikovaných případech může být léčba doplněna vícekomorovým přístrojem známým pod názvem Lymfoven či Pneuven. U pacientů s poruchami periferního prokrvení a s bérčovými vředy arteriálního původu, kde je léčba kompresivními obvazy kontraindikována, lze využít přístroje Vasotrain se střídavými fázemi přetlaku a podtlaku. (Pospíšilová, 2008)

5.4.2 Fototerapie

Termín fototerapie označuje terapii pomocí světla. Pro terapii nehojících se ran se využívá biofyzikálních metod, které přirozeným způsobem stimulují aktivitu tkání. Jednu z možností využití fototerapie v dermatologii představují zdroje polarizovaného světla, širší veřejnosti spíše známé pod názvem „biolampy“. Polarizované světlo lze získat průchodem tzv. polarizátorem, světelný signál je však slabý, nebo ne tak dobře polarizovaný jako laserový. Zdroje polarizovaného světla jsou podstatně levnější a vzhledem k tomu, že nekonzentrují takové množství energie jako lasery, nemohou poškodit zrak. Jsou proto vhodné i pro domácí využití. Na trhu jsou přístroje od různých výrobců, (např. lampy Biotron) emitující současně světlo v intervalu vlnových délek od 400 do 2000 nm nebo zdroje pracující pouze s jedinou vlnovou délkou v červeném nebo infračerveném spektru. Vlnová délka světla je rozhodující pro průnik do tkání. Světlo delších vlnových délek (infračervené) proniká hlouběji do kůže. Menší zdroje polarizovaného světla můžeme v klinické praxi využít k aplikaci na menší plochy, nebo jsou vhodné pro domácí léčení samotnými pacienty. U větších defektů je třeba počítat s delší dobou aplikace. (Javůrek, 1995)

Polarizované světlo má ve tkáních několik efektů. Biostimulační efekt, kdy světelná energie stimuluje dělení buněk různých tkání (například regenerace krevních a lymfatických cév), optimalizuje látkovou přeměnu a zvyšuje celkovou buněčnou energetickou úroveň. Polarizované světlo pozitivně ovlivňuje zejména nově vytvořené tkáně. Urychluje cirkulaci krve a ostatních tělesných tekutin, urychluje reparaci tkání po úrazech, urychluje hojení.

Nemělo by se využívat u akutních infekcí a u horečnatých stavů. Analgetický efekt, kdy má světlo přímý vliv na tvorbu endogenních opioidů, nepřímo zrychlením lymfatické drenáže, zpomaluje degeneraci nervových vláken. Protizánětlivý efekt, kdy polarizované světlo dokáže ovlivnit projevy zánětu komplexně (otok, zarudnutí, bolest), při použití polarizovaného světla, ale nedochází k zahřátí tkání. (Pokorná, 2009)

Účinky polarizovaného světla na tkáně byly opakovaně experimentálně i klinicky prokázány řadou studií. Její účinek na lidský organismus je komplexní a mimo jiné má vliv i na funkce psychické. Fototerapie může být v léčbě některých onemocnění použita samostatně, ale většinou je součástí komplexní léčby. Fototerapie jako doplněk vlhké terapie může mít stimulační efekt jak na hojení, tak na snížení vnímání bolesti. V neposlední řadě má i pacient/klient pocit, že pro úspěšné hojení rány může udělat něco také on sám. K fototerapii je indikováno mnoho kožních onemocnění. Naopak kontraindikovány jsou pouze maligní nádory kůže. (Pokorná, 2009)

Bércové vředy ozařujeme pokud možno denně, na již uzavírající se vředy postačí 2 – 3x týdně až do vyhojení. Doba aplikace závisí na stavu vředu. Spodinu hlubokých vředů ozařujeme s ohledem na možnou kontaminaci patogenními činiteli déle (20 minut). Na okraje těchto vředů a na vředy čisté, již se uzavírající, nebo u preventivní aplikace při poranění nemocného s recidivujícími vředy stačí kratší doba (10 minut). (Stryja, 2011)

Před aplikací musí být defekt důkladně vyčištěn. U hlubokých vředů spodinu seškrábeme chirurgickou lžičkou až do mírného krvácení (není třeba se obávat krvácení po aplikaci polarizovaného světla). Teprve po ozáření můžeme vřed ošetřit další lokální terapií. Příznivě na tuto léčbu reagují diabetici, tzn. i trofické vředy u diabetu jsou vhodnou indikací. Použitím fototerapie v léčbě bércového vředu v kombinaci s klasickou terapií se často podaří zhojit i desítky let přetrvávající defekty. Problémem zůstávají hluboké, rozsáhlé, zejména cirkulární vředy vznikající na podkladě nedostatečného arteriálního zásobení. (Stryja, 2011)

5.5 Larvoterapie

Larvoterapie je jednou z metod débridementu ran. Nekrotická tkáň je zkapalňována trávicími enzymy mušicích larev a spolu s přítomnými bakteriemi poté slouží dospívajícím larvám jako zdroj energie. Velikost larev se během 3-4 dnů šestinásobně zvětší.

V současnosti se používají larvy bzučivky zelené (*Lucilia sericata*), které jsou sterilní, pro vyloučení přenosu infekce na ránu. Larvy selektivně odbourávají nekrotickou hmotu bez toho, aby docházelo k poškození zdravé již granulované tkáně. Dále dochází ke stimulaci angiotenze, tvorby granulační tkáně a tvorby serózního exsudátu na spodině rány. (Stryja, 2011)

Metodu lze využít k čištění bércových vředů jak venózní, tak smíšené etiologie, syndromu diabetické nohy, dekubitů, aj. Kontraindikací je použití na rány blízko velkých cév se sklonem ke krvácení, či u ran komunikujících s tělními dutinami. (Stryja, 2011)

Způsob použití vychází z doporučení výrobce. Z důvodu proteolytických enzymů, které larvy produkují, je však vhodné chránit zdravou kůži v okolí okluzivním krytím, například hydrokoloidy nebo filmy. Larvy se dají aplikovat volně přímo na spodinu rány, nebo ve formě tzv. „tea bags“- uzavřené do jemných sáčků. Počet larev aplikovaných na ránu závisí na množství nekróz a velikosti vředu, orientačně se doporučuje 10 larev na cm². Volně aplikované larvy jsou pak překryty jemnou sítkou, která zabraňuje úniku larev mimo ránu. Jako sekundární krytí zvolíme vlhkou gázu, která zabraňuje vysychání spodiny. Je však důležité zachovat aerobní prostředí na spodině rány. Po 3-4 dnech je nutné larvy z vředu odstranit a ránu následně pečlivě vypláchnout, zejména podminované okraje. Larvální terapie se používá až do doby, kdy se na spodině rány začne tvořit zdravá granulační tkáň prostá nekróz. (Stryja, 2011)

6 Kompetence všeobecných sester v ošetřování chronických ran

V České Republice je legislativně stanoveno, že všeobecné sestry bez specializované způsobilosti nejsou oprávněny k výběru terapeutického materiálu v léčbě akutních či chronických ran. Jsou oprávněny pouze k péči. (Pokorná a Mrázová, 2012, s. 7)

Zákon č. 96/2004 Sb., vymezuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). V §5 můžeme najít podmínky k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Podle odstavce 3) se za výkon povolání všeobecné sestry považuje poskytování ošetrovatelské péče a ve spolupráci s lékařem se dále podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. (ČESKO, 2004)

Činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jsou stanoveny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. V §4 jsou stanoveny činnosti, které může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Všeobecná sestra může poskytovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V odstavci g) se uvádí, že všeobecná sestra může hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Všeobecná sestra je tedy kompetentní chronickou ránu ošetřit až po ukončení kvalifikovaného zhodnocení, ale nemá kompetence vybírat příslušný terapeutický materiál nebo terapeutický postup. (ČESKO, 2011)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 60 stanovuje činnosti sestry pro péči interních oborů, kde v odstavci a) je dáno, že sestra s touto specializací může hodnotit, ošetřovat a doporučovat vhodné krycí materiály na chronické rány. Dále se v této vyhlášce dle § 61 stanovují činnosti sestry pro péči chirurgických oborů, kde v odstavci a) je dáno, že taková sestra může hodnotit, ošetřovat a doporučovat vhodné krycí materiály na chronické rány. Dle zákona č. 96/2004 Sb., §61 mají všeobecné sestry možnost absolvovat certifikovaný kurz pro získání odborné způsobilosti pro úzce vymezené činnosti popřípadě specializační vzdělávání všeobecných sester. (ČESKO, 2011)

7 Provedení převazu

Každá sestra by měla znát správný postup převazu rány. Ten bývá udáván ve standardu ošetrovatelské péče.

Při provádění převazu je nutné zaměřit se na minimalizaci bolesti a dyskomfortu pacienta v průběhu převazu, respektování intimity pacienta. Dále na dostatečnou toaletu rány, débridement, lokální ošetření vředu a ošetření okolí rány. Nesmíme opomenout aplikaci kompresivní bandáže v indikovaných případech a edukaci pacienta. (Pospíšilová, 2008)

Při provádění převazu rány se musíme řídit obecně platnými předpisy. Výměnu krytí prováíme za aseptických podmínek, tzv. „non – touch“ technikou. Jejím smyslem je zamezit kontaktu s ránou přímo rukama. Proto používáme bariérové prostředky (rukavice na jedno použití, ochranné oblečení) a tampony či krytí k převazům podáváme z originálních balení technikou dvou pinzet, proto je dobré provádět výměnu krytí za vzájemné asistence druhé osoby. Všechny materiály a pomůcky, které přijdou do styku s ránou, musí být sterilní, aby nedocházelo k infikování rány. Klinicky infikované rány je také nutné ošetřovat aseptickým způsobem, aby se předcházelo vzniku sekundárních infekcí. Primární krytí, která aplikujeme na rány, jsou sterilní materiály dodávané výrobcem v neporušeném originálním obalu. Sekundární jsou savá měkká krytí propustná pro vzduch a exsudát, která mají především retenční funkci, pohlcují nadbytek sekretu z rány a zabraňují jeho prosakování na vnější povrch obinadla. Protože nejsou v přímém kontaktu s ránou, je možné použít i nesterilní materiál. (Stryja, 2011)

Před převazem rány, je vhodné pacienta seznámit s postupem a zvážit možnou analgezi. Při sejmutí původního krytí, se snažíme zamezit traumatizaci spodiny rány a jejího okolí. Ulpívající krytí je možné zvlhčit fyziologickým roztokem, destilovanou vodou nebo oplachovým prostředkem s antiseptickým působením. Po odkrytí zhodnotíme ránu. Ke zhodnocení slouží WHC klasifikace (uvedeno na str. 19). Do dokumentace zapíšeme podrobný popis rány, se zaměřením na rozsah vředu (podélný a příčný rozměr rány, popřípadě hloubka), charakter spodiny rány zejména přítomnost nekróz a povlaků, množství a charakter exsudátu, přítomnost zápachu z rány (foetor vulneris), stav a vitalitu granulační tkáně, rozsah epitelizace, charakter okrajů a okolí rány, příznaky rané infekce, bolestivost

rány, sklony rány ke krvácení. Zápis do dokumentace se provádí až po ukončení převazu. (Pospíšilová, 2008)

Po zhodnocení ošetříme okolí rány očištěním a případnou dezinfekcí kůže v okolí rány, odstranění krust. Snesení přischlých krust může napomoci předchozí aplikace vazelíny či obkladu na pokožku. Lze použít i sterilní pinzety nebo exkochleační lžičky. Toto čištění provádíme zvenku směrem dovnitř (k okrajům vředů). Následně provedeme oplach rány a débridement k odstranění zbytků nekróz, povlaků nebo fibrinu ze spodiny pomocí sterilního tamponu, pinzetou, chirurgickými nůžkami či exkochleační lžičkou. Doba expozice rány oplachovému prostředku je dána výrobcem a je nutné ji dodržovat. Oplachové roztoky by měli mít tělesnou teplotu 37°C. Po vypláchnutí se rána osuší sterilním tamponem nebo krytím. Za volbu terapeutického krytí a způsobu provedení převazu je zodpovědný lékař nebo vyškolená zdravotní sestra. Překrytí primárního krytí sekundárním se řídí velikostí sekrece a jejího charakteru. K fixaci krytí používáme fixační materiály jako náplasti, obinadla, síťové nebo hadicové obvazy, filmová krytí apod. Cílem fixace terapeutického krytí je zabezpečit funkčnost krytí přiloženého na ránu, ochrana před vniknutím nečistot a zabránění kontaminace pacientova okolí. Podle charakteru základního onemocnění (chronická žilní insuficience, lymfedém) doplňujeme fixaci přiložením krátkotažného obinadla. (Stryja, 2011)

Frekvence výměn krytí závisí na výběru obvazového materiálu, potřebách vředu a požadavcích lékaře. K dřívějšímu převazu může vést bolest v ráně, zvýšená tělesná teplota nebo uvolnění obvazu. (Stryja, 2011)

8 Ošetrovatelský proces u pacienta/klienta s bérčovým vředem

Pro mou praktickou část jsem si vybrala popis ošetrovatelské péče pacienta/klienta (dále jen P/K) s bérčovým vředem žilní etiologie. P/K byl hospitalizovaný na kožním oddělení Krajské nemocnice v Liberci a.s. (dále jen KNL a.s.). Individuální ošetrovatelská péče byla prováděna ve dnech 23.11.2015 do 27.11.2015 od 6.30 do 15:30 hod. Na základě ošetrovatelské dokumentace, anamnestického rozhovoru, fyzikálního vyšetření a pozorování P/K byl zhodnocen jeho zdravotní stav. Posouzení aktuálního stavu bylo provedeno pomocí koncepčního modelu Marjory Gordon. Dále byly formulovány ošetrovatelské diagnózy dle priorit P/K a navrhnutí plánu ošetrovatelské péče, který byl po pěti dnech vyhodnocen a aktualizován.

P/K souhlasil s použitím jeho informací a pořízených fotografií, pokud dojde k zachování jeho anonymity.

8.1 Identifikační údaje pacienta/klienta

Pohlaví:	Muž
Věk:	73 let
Stav:	ženatý
Zaměstnání:	důchodce, dříve dělník v kamenolomu, dobrovolný hasič
Státní příslušnost:	česká
Datum přijetí:	19.11.2015

Důvod přijetí udávaný pacientem/klientem:

„Přeložili mě sem z LDNky v Jablonné, asi už nevěděli co semnou.“

Medicínská diagnóza hlavní:

Chronická sepse při ulceracích na dolní končetině.

Nehojící se ulcus cruris bilateralis kombinované etiologie s mikrobiální infekcí a otoky DKK.

Medicínské diagnózy vedlejší:

Arteriální hypertenze.

Chronická ischemická choroba srdce.

Chronická obstrukční plicní nemoc, emfyzém na terapii.

Diabetes mellitus II.

Diabetická polyneuropatie s podílem ischemie.

Syndrom diabetické nohy s chronickými defekty.

Depresivní syndrom při chronickém onemocnění na nastavené terapii.

St. p. erysipelu pravého bérce.

8.2 Hodnoty a údaje zjištěné při příjmu

TK: 110/70 mm HG

Výška: 178 cm

P: 96/ min

Hmotnost: 95 kg

D: 15 dech/min

BMI: 29,98

TT: 36,5 °C

Pohyblivost: neomezená

Stav vědomí: při vědomí

Orientace místem, časem, osobou: plně orientován

Řeč: plynulá bez obtíží

VAS: 4

Barthelův test všedních dovedností: **Riziko pádu:** střední
100bodů - nezávislý

Nynější onemocnění:

Celková alterace stavu, zhoršení stavu chronických defektů na dolních končetinách (dále jen DKK). I přes lokální pravidelnou léčbu a opakované podání antibiotik dle výsledku kultivace stěru z ran, nález na obou dolních končetinách progreduje.

8.3 Anamnéza

8.3.1 Rodinná anamnéza

Matka: zemřela v 82 letech na srdeční selhání, trpěla bérčovými vředy

Otec: zemřel v 56 letech na jaterní cirhózu

Sourozenci: sestra 63 let, má diabetes (P/K neví kterého typu)

Děti: nemá

8.3.2 Osobní anamnéza

Překonaná a chronická onemocnění:

Běžné dětské choroby

Arteriální hypertenze na terapii.

Chronická ischemická choroba srdce.

Chronická obstrukční plicní nemoc, emfyzém na terapii.

Diabetes mellitus II. typu přechodně na PAD, nyní na dietě.

Diabetická polyneuropatie s podílem ischemie.

Syndrom diabetické nohy s chronickými defekty.

Depresivní syndrom při chronickém onemocnění na nastavené terapii.

St. p. erysipelu pravého bérce – opakovaně.

Hospitalizace a operace:

V mládí podstoupil tonsilectomii nosních mandlí

Od 2004 bolesti v oblasti bérce při delším stání, odpolední a večerní brnění a mravenčení pravého lýtka, pocity tíhy a vnitřního napětí v pravém bérce, občasné mírné noční křeče v lýtku.

Od r. 2007 erysipel na pravém bérce s opakovanými recidivami.

První ulcerace se objevila 11/2010 na pravém bércei, jevila známky hojení, ale od 6/2011 se začala postupně rozšiřovat a od 3/2012 ulcerace i na levém bércei.

12/2010 provedena dopplerovská ultrasonografie tepen PDK bez známek hemodynamicky významné makroangiopatie, insuficience.

12/2010 provedena dopplerovská ultrasonografie žil LDK – přítomna výrazná insuficience saphenopopliteální junkce.

1/2011 provedeno PTA – perkutánní transluminární angioplastika – stenóza nepotvrzena.

2/2013 rozvoj syndromu diabetické nohy – defekt na pravé patě.

10/2014 zhojení bérceového vředu na pravém bércei.

Největší rozsah ulcerací v letech 2012 – 2013.

Opakovaně hospitalizován na kožním oddělení KNL a.s.

Očkování: běžná povinná očkování

8.3.3 Farmakologická anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Olicard	Tbl	40 mg	1 – 0 – 1	Vazodilatant
Helicid	Tbl	20 mg	0 – 0 – 1	Antiulcerotikum
Euphyllin CRN	Tbl	200 mg	1 – 0 – 1	Bronchodilatantium
Predictal MR	Tbl	35 mg	1 – 0 – 1	Vazodilatant
Anopyrin	Tbl	100 mg	0 – ½ - 0	Antikoagulant
Ambrobene	Tbl	30 mg	1 – 0 – 1	Mukolitikum
Detralex	Cps	500 mg	1 – 0 – 1	Venofarmakum
Citalec	Tbl	20 mg	1 – 0 – 0	Antidepressivum
Ciplox	Tbl	500 mg	6:00 - 18:00	Antibioticum
Tramal	Tbl	100 mg	0 – 0 - 0 – 1	Analgetikum
Novalgin	Tbl	500 mg	Při VAS nad 4 á 6 hod.	Analgetikum

8.3.4 Alergologická anamnéza

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: vosí bodnutí

8.3.5 Abúzus

Alkohol: Dvakrát týdně pivo, tvrdý alkohol odmítá.

Kouření: 25 let nekuřák, dříve kouřil 40–60 cigaret denně

Léky: neguje

Jiné návykové látky: neguje

8.3.6 Urologická anamnéza

Překonaná urologická onemocnění: neguje

Samovyšetřování varlat: neprovádí

Poslední návštěva u urologa: nepamatuje si

8.3.7 Sociální anamnéza

Stav: ženatý, soužití je harmonické

Bytové podmínky: bydlí v domě s manželkou

Vztahy, role a interakce: vztahy v rodině dobré, se sestrou se často vídají

Záliby: rád tráví čas na čerstvém vzduchu, čte, má rád historické dokumenty

Volnočasové aktivity: procházky, čtení, sledování televize

8.3.8 Pracovní anamnéza

Vzdělání: vyučen

Pracovní zařazení: starobní důchod, dříve dělník v kamenolomu, dobrovolný hasič

Čas působení: důchodový věk, P/K je 12 let v důchodu

Vztahy na pracovišti: dříve dobré

Ekonomické podmínky: dle P/K průměrné

8.3.9 Spirituální anamnéza

Religiózní praktiky: nevyznává žádnou víru

8.4 Fyzikální vyšetření

Hlava	Hlava na poklep nebolestivá, normocefalická, držení v normě, bez přítomnosti třesu.
Oči	Oči otvírá spontánně, bulvy ve středním postavení – pohled fixuje, víčka bez edému, přirozené barvy, spojivky růžové, sliznice vlhké, skléry bílé bez přítomnosti patologie. Izokorické zornice, pravidelného tvaru, fotoreakce pozitivní. Používá brýle na čtení.
Uši, nos	Uši bez výtoků a deformit. Sluch bez poškození. Nos bez sekrece, deformit, sliznice vlhké.
Rty	Rty růžové, symetrické, bez ragád.
Dásně, sliznice dutiny ústní	Dutina ústní bez patologie, sliznice vlhké.
Jazyk	Jazyk bez poranění, plazí ve střední čáře, růžový.
Chrup	Chrup sanován, částečná zubní protéza.
Krk	Krk bez otoků, souměrný, pulzace hmatná, náplň krčních žil fyziologická, štítná žláza nehmatná, lymfatické uzliny nezvětšeny.
Hrudník	Hrudník symetrický, bez deformit.
Plíce	Dýchání basálně bilaterální, oslabené s frekvencí 15 dechů/minutu.
Srdce	Akce srdeční pravidelná, puls: 96/min, krevní tlak: 110/70 mm Hg

Břicho	Měkké, palpačně nebolestivé, bez hmatné rezistence. Slyšitelná peristaltika střev. Výživa bez přítomnosti nauzey, zvracení. Stolice nepravidelná, bez patologické, příměsí a zápachu.
Genitál	Genitál bez výtoku, deformit a patologie. Moč čirá, žlutá, bez patologických příměsí.
Páteř	Páteř bez patologických změn.
Klouby	Pohyblivost neomezená.
Čítí	Horní končetiny cítí a stisk symetrické. Dolní končetiny oboustranné otoky, porušené čítí - polyneuropatie
Periferní pulzace	Hmatná.
Varixy	Varixy 0.
Kůže	Pokožka suchá, bez ikteru a cyanózy. Turgor v normě. Pravá dolní končetina: defekt na patě velikosti 5 x 8 cm Levá dolní končetina: ulcus cruris s hnisavě povleklou spodinou, velikosti 8 x 10 cm (viz. příloha D).
Otoky	Oboustranné otoky dolních končetin.

8.5 Ošetřovatelská anamnéza dle Marjory Gordonové

Vnímání zdravotního stavu

P/K se necítí úplně dobře, kvůli bolesti má občas problémy se spánkem, únavou. Uvědomuje si, že svůj zdravotní stav zanedbal, což vedlo k jeho hospitalizaci. Dříve kouřil 40–60 cigaret denně, ale nyní už 25 let nekouří.

Výživa

P/K má ordinovanou dietu číslo 9 diabetickou, kde má stanovené přesné hodnoty sacharidů na porci a počet jídel, které by měl zkonzumovat během dne. P/K však přiznává, že dietní omezení v domácím prostředí příliš nedodržel. Výkyvy hmotnosti během

poslední doby nepozoroval. Příjem tekutin je asi 1,5 litru za den. P/K má částečnou zubní protézu.

Vylučování a výměna

Obtíže s močením nemá, samovolný únik není. Stolice je nepravidelná, poslední stolice 22.11.2015. Stolice i moč bez příměsí. Pocení je přiměřené.

Aktivita a odpočinek

P/K spí asi 8 hodin denně. V noci se občas budí kvůli bolestem DKK, následně je unavený. Léky na spaní neužívá. Polohu v lůžku mění sám.

P/K je plně soběstačný, nezávislý na pomoci ostatních ve všech aktivitách – schopnost najít se, vykoupat se, upravit se, dojít si na toaletu, pohybovat se.

Jeho zálibou je pěší turistika, svůj volný čas tráví doma sledováním televize, nebo na procházkách.

Vnímání a poznávání

P/K je plně při vědomí, orientován všemi kvalitami. Sluch je dobrý, beze změn. Brýle používá pouze na čtení. Oční kontakt udrží.

Vnímání sebe sama

Svůj obraz těla vnímá jako narušený, hojení defektů mu přijde zdoluhavé.

Vztahy

P/K bydlí s manželkou v rodinném domku. Manželka se o zdravotní stav P/K zajímá, pravidelně ho navštěvuje.

Zvládání zátěže a odolnost vůči stresu

Obává se možnosti, že se mu defekty nikdy nezhojí.

Životní princip

P/K není věřící.

Bezpečnost a ochrana

Nízké riziko pádu (2 body).

Komfort

P/K uvádí bolest dolních končetin.

8.6 Medicínský management

8.6.1 Ordinovaná vyšetření:

Kontrola hodnot glykémie 1 x denně – ráno, kontrola tlaku krve jednou denně (ráno), monitorace bolesti na stupnici VAS 4 x denně.

Inspekce rány a převaz lékařem.

8.6.2 Laboratorní vyšetření

Hematologie: krevní obraz, hemokoagulace. Hodnoty krevního obrazu a hemokoagulace jsou v normě, kromě zvýšeného počtu leukocytů.

Základní biochemické vyšetření: glukóza, natrium, kalium, chloridy, urea, kreatin, bilirubin, ALT, AST, GMT (jaterní enzymy) C – reaktivní protein (zánětlivý parametr) celkový cholesterol, moč chemicky+sediment. Hodnoty glykémie jsou lehce zvýšené, současně se zvýšenými hodnotami zánětlivých parametrů. Ostatní hodnoty jsou v rámci norem.

Bakteriologické vyšetření: stěr z rány – nález primokultury *Proteus mirabilis* (+++) a *Streptococcus pyogenes* (++)

8.6.3 Konzervativní léčba

Dietoterapie:

P/K je diabetik II. typu v současné době pouze na dietním omezení. Během hospitalizace mu byla stanovena dieta číslo 9/250 g sacharidů. Tato dieta je složená z 250 g sacharidů, 95 g bílkovin a 80 g tuků a vše je rovnoměrně rozloženo pro optimální příjem sacharidů během dne. Sacharidy jsou rozloženy následovně: snídaně obsahuje 45 g, svačina 35 g, oběd 65 g, svačina 35 g, večeře 50 g a druhá večeře 20 g.¹

Pohybový režim: bez omezení

¹ Hodnoty dle tabulky dietního systému KNL a.s.

Medikamentózní léčba:

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Olicard 40 mg R tbl. 1 – 0 – 1, vazodilatant
- Helicid 20 mg tbl. 0 – 0 – 1, blokátor protonové pumpy
- Euphyllin CRN 200 mg tbl. 1 – 0 – 1, bronchodilatancium
- Preductal MR tbl. 1 – 0 – 1, vazodilatant
- Anopyrin 100 mg tbl. 0 – 1/2 – 0, antikoagulant
- Ambrobene 30 mg 1 – 0 – 1, mukolyikum
- Detralex cps. 1 – 0 – 1, venofarmakum
- Citalec 20 mg tbl. 1 – 0 – 0, antidepresivum
- Tramal 100 mg tbl. 0 – 0 – 0 – 1, 1tbl. ve 21:00 hod., analgetikum
- Ciplox 500 mg tbl. v 6:00 a 18:00hod., antibioticum
- Novalgin 500 mg při VAS nad 4, podat 1 tbl. á 6 hod, analgetikum

Lokální terapie:

- Inadine, nepřílnavá mřížka s povidone – jodem
- Dermacyn, superoxidovaný antimikrobiální roztok
- 5% a 10% urea synderman, mast s obsahem urey
- Menalind pasta, ochranný krém na pokožku
- Granuflex pasta, hydrokoloidní pasta
- Melolin, neadherentní krytí
- Clotrimazol creme, antimykotikum
- Indobene gel, analgetikum, nesteroidní antirevmatikum
- Saloxyl, dermatologikum

8.7 Situační analýza

P/K byl dne 19.11.2015 přijat na kožní oddělení KNL a. s. na doporučení LDN v Jablonném v Podještědí pro celkovou alteraci stavu, zhoršení stavu chronických defektů na dolních končetinách (dále jen DKK). I přes lokální pravidelnou léčbu a opakované podání antibiotik dle výsledku kultivace stěru z ran, nález na obou dolních končetinách progreduje. P/K je orientován, spolupracuje, plně soběstačný. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žlutočervené povahy, okraje ohraničené, silně secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené.

8.7.1 První den pozorování – 23.11.2015

4. den hospitalizace

Dietoterapie

Dieta č. 9/250 sacharidů.

Farmakologická anamnéza

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Olicard 40 mg R tbl. 1 – 0 – 1, vazodilatant
- Helicid 20 mg tbl. 0 – 0 – 1, blokátor protonové pumpy
- Euphyllin CRN 200 mg tbl. 1 – 0 – 1, bronchodilatancium
- Preductal MR tbl. 1 – 0 – 1, vazodilatant
- Anopyrin 100 mg tbl. 0 – 1/2 – 0, antikoagulant
- Ambrobene 30 mg 1 – 0 – 1, mukolyikum
- Detralex cps. 1 – 0 – 1, venofarmakum
- Citalec 20 mg tbl. 1 – 0 – 0, antidepresivum
- Tramal 100 mg tbl. 0 – 0 – 0 – 1, 1tbl. ve 21:00 hod., analgetikum
- Ciplox 500 mg tbl. v 6:00 a 18:00hod., antibioticum
- Novalgin 500 mg při VAS nad 4, podat 1 tbl. á 6 hod, analgetikum

Lokální terapie:

- Inadine, nepřilnavá mřížka s povidone – jodem
- Dermacyn, superoxidovaný antimikrobiální roztok
- 5% a 10% urea synderman, mast s obsahem urey

- Menalind pasta, ochranný krém na pokožku
- Granuflex pasta, hydrokoloidní pasta
- Melolin, neadherentní krytí
- Clotrimazol creme, antimykotikum
- Indobene gel, analgetikum, nesteroidní antirevmatikum
- Saloxyl, dermatologikum

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 120/70 mm Hg, puls: 87/min, tělesná teplota 36,6°C (hodnoty jsou v normě). Monitorace bolesti 4x denně (při VAS nad 4 podat Novalgin), P/K udává bolesti 3 během dne, ale večer udává tupou bolest 5 v DKK.

Výsledky:

Hodnoty glykémie: 7:00 – 6,3 mmol/l.

Ošetření:

Ráno byla provedena toaleta rány a následně přiložen obklad (roztok Citeal a voda v poměru 1:10) na dobu přibližně dvaceti minut. Poté proběhla vizita. Po snídani došlo k převazu rány, kdy sestra popisovala krok za krokem, aby si P/K zapamatoval postup a mohl při případném propuštění provádět převaz sám. Byl kladen důraz na pečlivé promazávání suché kůže v okolí vředu. Na obě dolní končetiny je po převazu přiložena bandáž.

Vlastní pozorování:

P/K spolupracuje, plně soběstačný. Cítí se lépe, bolesti při převazu neguje. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žluto – červené povahy, okraje ohraničené, silně secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené.

8.7.2 Druhý den pozorování – 24.11.2015

5. den hospitalizace

Dietoterapie:

Dieta č. 9/250 sacharidů.

Farmakologická anamnéza

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Chronická medikace – viz. první den pozorování

Intravenózní podání:

- Krystalický penicilin 5 mil/100 SF á 6h (6:00 – 12:00 – 18:00), antibiotikum
- Ciphin 200 mg á 12h (7:00 – 19:00), antibiotikum

Lokální terapie

- Shodná s prvním dnem pozorování

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 135/75 mm Hg, puls: 84/min, tělesná teplota 36,4°C.

Monitorace bolesti 4x denně (při VAS nad 4 podat Novalgin), P/K udává bolesti VAS 3 během dne.

Výsledky:

Hodnoty glykémie: 7:00 – 5.4 mmol/l.

Hematologie: Hodnoty krevního obrazu jsou v normě, kromě zvýšeného počtu leukocytů.

Biochemické vyšetření: glukóza, natrium, kalium, chloridy, urea, kreatin, bilirubin, ALT, AST, GMT (jaterní enzymy) C – reaktivní protein (zánětlivý parametr) celkový cholesterol, moč chemicky + sediment. Zvýšené hodnotami zánětlivých parametrů. Ostatní hodnoty jsou v rámci norem.

Ošetření:

Ráno byla provedena toaleta rány a následně přiložen obklad (roztok Citeal a voda v poměru 1:10) na dobu dvaceti minut. Poté proběhla vizita. Po snídani došlo k převazu rány.

Opět došlo k pečlivému promazání suché kůže v okolí vředu. Na obě dolní končetiny byla po převazu přiložena bandáž.

Z důvodu zvýšených zánětlivých parametrů a leukocytů v krvi, lékařka naordinovala jiná antibiotika s intravenózním podáním. Byl zaveden periferní žilní katetr (dále jen PŽK) na levé horní končetině oblast předloktí. Aplikace antibiotik dle ordinace lékaře.

Vlastní pozorování:

P/K spolupracuje, plně soběstačný, dnes neuvádí bolesti vyšší jak VAS 3. Cítí se lépe, odpočatě. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žluto – červené povahy, okraje ohraničené, silně secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené.

8.7.3 Třetí den pozorování – 25.11.2015

6. den hospitalizace

Dietoterapie:

Dieta č. 9/250 sacharidů.

Farmakologická anamnéza

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Chronická medikace – viz. první den pozorování

Intravenózní podání:

- Krystalický penicillin 5 mil/100 SF á 6h (6:00 – 12:00 – 18:00), antibiotikum
- Ciphin 200 mg á 12h (7:00 – 19:00), antibiotikum

Lokální terapie

- Shodná s prvním dnem pozorování

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 130/70 mm Hg, puls: 78/min, tělesná teplota 36,5°C.

Monitorace bolesti 4x denně (při VAS nad 4 podat Novalgin), P/K při převazech udal bolest VAS 5, během dne VAS 3.

Výsledky:

Hodnoty glykémie: 7:00 – 5,8 mmol/l.

Ošetření:

Ráno byla provedena toaleta rány a následně přiložen obklad (roztok Citeal a voda v poměru 1:10) na dobu dvaceti minut. Poté proběhla vizita. Po snídani došlo k převazu rány. Opět došlo k pečlivému promazání suché kůže v okolí vředu. Na obě dolní končetiny byla po převazu přiložena bandáž.

Dnes po převazu P/K uvádí bolesti DKK vyšší jak VAS 4, proto byla podána analgetika dle ordinace lékaře.

PŽK bez známek infekce, funkční. Aplikace antibiotik dle ordinace lékaře.

Vlastní pozorování:

P/K spolupracuje, plně soběstačný. Cítí se odpočatý. Dnes sám přikládal obklad, promazával okolí bércového vředu. Začíná věřit, že by mohl zvládnout péči o ránu sám v domácím prostředí. Dnes byl na stolicí. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žluto – červené povahy, okraje ohraničené, silně secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené.

8.7.4 Čtvrtý den pozorování – 26.11.2015

7. den hospitalizace

Dietoterapie:

Dieta č. 9/250 sacharidů.

Farmakologická anamnéza

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Chronická medikace – viz. první den pozorování

Intravenózní podání:

- Krystalický penicillin 5 mil/100 SF á 6h (6:00 – 12:00 – 18:00), antibiotikum
- Ciphin 200 mg á 12h (7:00 – 19:00), antibiotikum

Lokální terapie

- Shodná s prvním dnem pozorování

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 135/70 mm Hg, puls: 84/min, tělesná teplota 36,8°C.

Monitorace bolesti 4x denně (při VAS nad 4 podat Novalgin), P/K během dne udává bolesti VAS 3.

Výsledky:

Hodnoty glykémie: 7:00 – 5,8 mmol/l.

Ošetření:

Ráno byla provedena toaleta rány a následně přiložen obklad (roztok Citeal a voda v poměru 1:10) na dobu dvaceti minut. Poté proběhla vizita. Po snídani došlo k převazu rány. Opět došlo k pečlivému promazání suché kůže v okolí vředu. Na obě dolní končetiny byla po převazu přiložena bandáž.

PŽK bez známek infekce, funkční. Aplikace antibiotik dle ordinace lékaře.

Vlastní pozorování:

P/K spolupracuje, plně soběstačný. Cítí se odpočatý. P/K sám přikládal obklad, promazával okolí bércového vředu. Vyzkoušel si přiložení bandáže. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žluto – červené povahy, okraje ohraničené, secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené.

8.7.5 Pátý den pozorování – 27.11.2015

8. den hospitalizace

Dietoterapie:

Dieta č. 9/250 sacharidů.

Farmakologická anamnéza

Perorální podání: (8:00-12:00-18:00)

- Chronická medikace – viz. první den pozorování

Intravenózní podání:

- Krystalický penicillin 5 mil/100 SF á 6h (6:00 – 12:00 – 18:00), antibiotikum
- Ciphin 200 mg á 12h (7:00 – 19:00), antibiotikum

Lokální terapie

- Shodná s prvním dnem pozorování

Fyziologické funkce:

Krevní tlak: 125/70 mm Hg, puls: 80/min, tělesná teplota 36,5°C.

Monitorace bolesti 4x denně (při VAS nad 4 podat Novalgin), P/K během dne udává bolesti VAS 3.

Výsledky:

Hodnoty glykémie: 7:00 – 5,2 mmol/l.

Hematologie: Hodnoty krevního obrazu jsou v normě, počtu leukocytů klesl.

Základní biochemické vyšetření: natrium, kalium, chloridy, urea, kreatin, bilirubin, ALT, AST, GMT (jaterní enzymy) C – reaktivní protein (zánětlivý parametr) celkový cholesterol. Hodnoty zánětlivých parametrů klesají. Ostatní hodnoty jsou v rámci norem.

Ošetření:

Ráno byla provedena toaleta rány a následně přiložen obklad (roztok Cíteal a voda v poměru 1:10) na dobu dvaceti minut. Poté proběhla vizita. Po snídani došlo k převazu rány. P/K promazal oblast suché kůže v okolí vředu. Na obě dolní končetiny byla po převazu přiložena bandáž.

PŽK bez známek infekce, funkční. Aplikace antibiotik dle ordinace lékaře. Po aplikaci večerních antibiotik byl PŽK vyndán a byl zaveden nový.

Vlastní pozorování:

P/K spolupracuje, plně soběstačný, dnes špatně spal, pociťuje únavu. P/K sám přikládal obklad, promazával okolí bércového vředu. Bércový vřed nad vnějším kotníkem (velikosti 8 x 10 cm) je žluto – červené povahy, okraje ohraničené, secernující. Defekt na pravé patě (5 x 8 cm) je červené povahy, okraje ohraničené. Po ošetření byly na obě DK přiloženy bandáže.

8.8 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelé diagnózy, byly stanoveny dle publikace NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012–2014* a jsou uspořádány dle priority.

První den pozorování 23.11.2015

- 00133 Chronická bolest
- 00118 Narušený obraz těla
- 00148 Strach
- 00078 Neefektivní management vlastního zdraví
- 00046 Narušená integrita kůže
- 00004 Riziko infekce
- 00179 Riziko nestabilní glukózy v krvi
- 00035 Riziko poškození
- 00015 Riziko zácpy

Pátý den pozorování – 27.11.2015

- 00133 Chronická bolest
- 00093 Únava
- 00118 Narušený obraz těla
- 00078 Neefektivní management vlastního zdraví
- 00162 Snaha zlepšit management vlastního zdraví
- 00046 Narušená integrita kůže
- 00053 Sociální izolace
- 00004 Riziko infekce
- 00179 Riziko nestabilní glukózy v krvi
- 00035 Riziko poškození
- 00015 Riziko zácpy

8.9 Plán ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľská péče je naplánovaná v prvni den pozorování (23.11.2015) a aktualizovaná po pátém dni pozorování.

8.9.1 Stav ke dni 23.11.2015

00133 Chronická bolest

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované bez očekávaného nebo předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Určující znaky: kódovým číselným záznamem slovní vyjádření pacienta na desetistupňové stupnici bolesti, kdy 10 (maximum), 0 (žádná), vyhledávání úlevové polohy, výrazem v obličeji, změny ve vzorci spánku.

Související faktory: chronické tělesné poškození

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Bolest neruší spánek P/K

Cíl krátkodobý: P/K neuvádí bolest vyšší než VAS 3

Očekávané výsledky:

- Snížení bolesti pod VAS 4
- P/K je schopen o své bolesti hovořit
- P/K je schopen sledovat a zaznamenávat bolest do 1 hod.
- P/K klidně spí od 2. dne pozorování

Ošetrovatelské intervence:

1. Posuď bolest ve spolupráci s P/K (lokalizace, charakter, intenzita) změny bolesti během dne (po 2 hod.) -sestra, v případě zvýšení intenzity informuj lékaře, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace.
2. Podávání analgetik dle ordinace lékaře, proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – sestra.
3. Sleduj účinky analgetické terapie (možné vedlejší účinky) proved' záznam do dokumentace – sestra.
4. Pozoruj neverbální projevy bolesti – sestra
5. Zhodnoť vliv bolesti na spánek P/K, v případě potřeby podej analgetika - sestra.
6. Vezmi v úvahu předchozí zkušenosti P/K s bolestí a jejím zvládnutím – sestra.
7. Edukuj P/K o úlevové poloze a proved' záznam o edukaci – sestra.
8. Zajisti klidné a komfortní prostředí – sestra.
9. Edukuj P/K o spolupráci při hodnocení intenzity, charakteru bolesti a analgetické terapii – sestra.
10. Prováděj pečlivý záznam do dokumentace – sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

Již při přijetí byl P/K poučen o možnostech analgetické léčby, úlevových polohách a důležitosti spolupráce při hodnocení intenzity a charakteru bolesti, byl proveden zápis o edukaci. Po dobu hospitalizace jsem sledovala neverbální i verbální projevy bolesti s frekvencí á 2 hodiny a zaznamenávala hodnoty do ošetrovatelské dokumentace. V noci bylo sestrou zaznamenáváno, zda P/K spal. Při zvýšení bolesti nad VAS 4 byla podána analgetika dle ordinace lékaře, vytvořen záznam v dokumentaci a sledovány účinky analgetik.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10.

00118 Narušený obraz těla

Doména 6: Sebepercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já člověka.

Určující znaky: Uvádí pocity, které odrážejí změněný pohled na vlastní tělo

Související faktory: Onemocnění, aktuální změna stavby

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: P/K akceptuje svůj obraz těla.

Cíl krátkodobý: P/K má dostatek informací

Očekávané výsledky:

- P/K akceptuje sebe sama v dané situaci
- P/K chápe tělesné změny
- P/K uznává vlastní odpovědnost za sebe sama

Intervence:

1. Posuď psychický i fyzický vliv nemoci či změněného stavu na P/K emoční stav – sestra, lékař.
2. Posuď P/K znalost situace a míru úzkosti, všímej si jeho emočních změn – sestra.
3. Všímej si chování, které ukazuje na silné znepokojení tělem a jeho procesy - sestra
4. Všímej si známek smutku, příznaků deprese – sestra
5. Podporuj P/K v sebepěči – sestra.
6. Ved' P/K k individuální schopnosti a nezávislosti – sestra.
7. Zajisti dostatek informací pro P/K
8. Pomoz P/K zařadit terapeutický režim do každodenních činností

Realizace 23.11.–25.11.:

P/K si byl vědom podílu viny na svém současném zdravotním vztahu. Po přijetí byl edukován o nutnosti provést změny v jeho léčebném procesu, byl mu poskytnut dostatek

informací jak ze strany lékaře tak sester. P/K byl ochoten zapojit se do sebekpěče. Pohled na defekty nevyvolával stavy paniky, odmítání.

Pokračující intervence: 3, 4, 5, 6, 7, 8.

00148 Strach

Doména 9: Zvládání, tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky: Uvádí obavy, strach

Související faktory: Neobeznámenost s prostředím

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: P/K zná příčinu strachu

Cíl dlouhodobý: P/K je v psychické pohodě v maximální možné míře

Očekávané výsledky:

- P/K je schopen rozpoznat objekt strachu, hovořit o něm
- P/K se snaží eliminovat zdroj strachu
- P/K verbalizuje pocit pohody

Ošetřovatelské intervence:

1. Posuď stupeň strachu a vliv na psychickou pohodu P/K – sestra, lékař.
2. Sleduj tělesné, neverbální projevy strachu – sestra
3. Podej dostatek informací v rámci kompetence – sestra, lékař
4. Ověř, zda pacient všemu plně rozumí – sestra
5. Zapoj další členy zdravotnického týmu – sestra, lékař
6. Doporuč konzultaci s psychoterapeutem – lékař
7. Podávej léky dle ordinace lékaře – sestra
8. Aktivně navaž s pacientem konverzací - sestra
9. Přistupuj taktně a empaticky po celou dobu hospitalizace – sestra, lékař.

Realizace 23.11.–25.11.:

Od prvního dne hospitalizace bylo P/K poskytováno dostatečné množství informací o jeho budoucí léčbě, léčebném režimu a následné péči v domácím prostředí. Do tohoto procesu byla během návštěv zapojena i manželka, pro zvýšení komfortu P/K. Během hospitalizace jsem si několikrát ověřovala, zda pacient plně rozumí všem pokynům a režimu. P/K byla podávána antidepresiva jako součást jeho chronické medikace. P/K se vyjádřil, že se začíná cítit lépe a má pocit, že by péči doma mohl zvládnout.

Pokračující intervence: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9.

00078 Neefektivní management vlastního zdraví

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který nepostačuje ke splnění konkrétních zdravotních cílů.

Určující znaky: Nezačlenění léčebného režimu do každodenního života.

Související faktory: Nedostatek znalostí, složitost léčebného režimu.

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: P/K bude schopen lépe o sebe pečovat.

Cíl krátkodobý: Edukovat pacienta o léčebném režimu.

Očekávané výsledky:

- P/K akceptuje potřebu změnit chování a jednání, aby bylo možno dosáhnout žádoucích výsledků.
- P/K se zapojí do řešení problémů, které brání úspěšnosti léčebného režimu.
- P/K se aktivně zapojí do péče o sebe sama.

Intervence:

1. Zjistí, jak je P/K obeznámen se stavem a nároky své léčby – sestra, lékař
2. Pomoz P/K najít způsob, jak zlepšit začlenění léčebného režimu do běžného života - sestra

3. Posiluj žádoucí chování a oceňuj P/K snahu - sestra
4. Použij různé způsoby edukace (tištěné materiály, názorná demonstrace), ověřuj míru pochopení informací – sestra
5. Zprostředkuj P/K dostatek informací - sestra
6. Zapoj P/K do ošetrovatelské péče – sestra
7. Zajistit edukaci převazovou sestrou – sestra, lékař.
8. Mobilizuj podpůrné systémy včetně rodiny, terénní péče, aj.
9. Dle vhodnosti doporuč poradenství, pečovatelské služby, pro sledování podporu P/K v domácích podmínkách

Realizace 23.11.–25.11.:

Již od prvního dne hospitalizace byl P/K veden k zapojení se do ošetrovatelské péče. Veškeré výkony a léčba mu byly vysvětleny buď lékařem, nebo sestrou. P/K se během převazu prováděném sestrou postupně učil jak se má o defekt správně starat. Do tohoto procesu byla zapojena i manželka P/K pro lepší adaptaci terapeutického režimu do domácího prostředí po propuštění. Při možném propuštění bude P/K doporučena terénní ošetrovatelská péče.

Pokračující intervence: 2, 3, 4, 5, 6, 7.

00046 Narušená integrita kůže

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické postižení

Definice: Změna v epidermis nebo dermis.

Určující znaky: Narušení kožního povrchu.

Související faktory: Zhoršený oběh.

Priorita Vysoká

Cíl dlouhodobý: Nedojde ke zvětšování defektů. Prevence vzniku dalších defektů.

Cíl krátkodobý: Zajištění hojení rány

Očekávané výsledky:

- P/K nepocit'uje bolest
- Kůže v okolí defektů je dostatečně vyživovaná a hydratovaná.
- Nedochází k rozšiřování defektů

Intervence:

1. Popiš kožní lézi (velikost, tvar, hloubka, bolest, okolí rány, sekrece, zápach, přítomnost infekce) v ošetrovatelské dokumentaci – sestra.
2. Posuď, do jaké míry postihují kožní projevy psychiku P/K, společenské uplatnění nebo pracovní zařazení -sestra.
3. Pečuj o dostatečnou hygienu, výživu a hydrataci P/K – sestra.
4. Ošetřuj defekty dle ordinace lékaře - sestra.
5. Dodržuj zásady aseptického přístupu při převazech – sestra.
6. Sleduj proces hojení defektů – sestra.
7. Udržuj kůži, okolí rány v čistotě a suchu prostřednictvím pravidelných převazů – sestra.
8. Předcházej vzniku a šíření infekce – sestra.
9. Edukuj P/K a jeho rodinu o nutnosti dodržování léčebných opatření, preventivní péče o kůži i jejího denního udržování – sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

Při přijetí P/K byly zjištěny dvě kožní léze. Na pravé patě se nacházel defekt velikosti 5 x 8 cm. A na levé dolní končetině ulcerus cruris s hnisavě povleklou spodinou, velikosti 8 x 10 cm. V okolí defektů byla oschlá kůže, se zbytky mastí. Došlo tedy ke zhodnocení rány lékařem a následnému ošetření sestrou. Kdy se dbalo na odstranění starých mastí z okolí defektů a následnému ošetření okolí ureou synderman a upravení vhodné lokální terapie lékařem. Na defekt byla přiložena mřížka Inadine a sterilní krytí a na bércový vřed byla použita granuflex pasta, melolin a sekundární krytí.

Během hospitalizace se defekty denně v ranních hodinách převazovaly, P/K se během procesu učil důležitost aplikace obkladu, správného krytí a kompresní terapie. Díky správně zvolenému terapeutickému krytí se defekty dále nerozšiřovaly, naopak se bércový vřed začal autolyticky čistit. Během doby mého pozorování, byl P/K schopen na rány sám přikládat obklad, očistit ránu a promazat okolí defektů.

Pokračující intervence: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

00004 Riziko infekce

Doména 11:Bezpečnost a ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory: Chronické onemocnění, destrukce tkání.

Priorita: Střední

Cíl krátkodobý: P/K je bez lokálních projevů infekce

Cíle dlouhodobý: Po dobu hospitalizace se u P/K nepropukne infekce

Očekávané výsledky:

- P/K je poučen o riziku vzniku infekce
- P/K si je vědom jak předcházet infekci
- P/K zná a dodržuje aseptické postupy při ošetřování ran

Intervence:

1. Monitoruj rizikové faktory výskytu infekce – sestra.
2. Pátrej po lokálních známkách infekce v místech invazivních vstupů – sestra.
3. Proveď záznam o převazu do ošetrovatelské dokumentace – sestra.
4. Dodržuj aseptický postup u invazivních zákroků – sestra.
5. Poskytni dostatek informací o zásadách péče o ránu – sestra.
6. Pouč P/K o nutnosti dobrat celou dávku ATB – lékař, sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

Během hospitalizace byly prováděny převazy za aseptických podmínek na převazové místnosti, dále byl veden pečlivý záznam převazu v ošetrovatelské dokumentaci. 24. 3. byl P/K zaveden periferní žilní katetr pro umožnění podávání intravenózních léků. Ten byl také každý den asepticky převazován a byl sledován pro možné lokální známky infekce.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

00179 Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: Riziko změn hladin glukózy/cukru v krvi oproti normálnímu rozsahu, které mohou oslabit zdraví.

Rizikové faktory: Příjem stravy, nedodržování léčebnému režimu při diabetu, nedostatečné monitorování glykemie.

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Hodnoty glykemie nebudou kolísavé

Cíl krátkodobý: Hodnoty glykemie se budou pohybovat v rozmezí 3,9 – 5,6 mmol/l.

Očekávané výsledky:

- P/K bude dodržovat dietní režim
- Hodnoty glykemie budou v rámci fyziologických hodnot.

Intervence:

1. Kontrola hladiny glykemie v krvi – sestra.
2. Zaznamenávej hodnoty do ošetrovatelské dokumentace – sestra.
3. Zajisti odpovídající dietní opatření – lékař, sestra.
4. Edukuj P/K o nutnosti dodržování dietních opatření – lékař, sestra, nutriční terapeut.

Realizace 23.11.–25.11.:

Hladina glykemie se dle ordinace lékaře měřila jednou denně – ráno na lačno. Její hodnoty byly většinou v rámci fyziologických hodnot. Tyto hodnoty byly zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace spolu s dalšími fyziologickými hodnotami. P/K byl při příjmu edukován o nutnosti dodržování správných dietních opatřeních nutriční terapeutkou, která dále zajistila odpovídající dietu ve stravovacím systému. P/K se po dobu hospitalizace snažil dodržovat tato dietní opatření.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4.

00035 Riziko poškození

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko poškození jako důsledek interakce okolních podmínek s adaptivní a obrannou výbavou jedince.

Rizikové faktory: Tělesné (porušená kůže), Lidské (nozokomiální agens) Biologické (mikroorganismy)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Během hospitalizace nedojde k poškození.

Cíl krátkodobý: P/K si uvědomuje rizikové faktory, snižuje riziko poškození na minimum.

Očekávané výsledky:

- P/K si je vědom rizikových faktorů
- P/K snižuje riziko poškození na minimum

Intervence:

1. Edukuj P/K o bezpečnostních opatřeních, možných komplikacích – sestra.
2. Zhodnoť riziko úrazu, zavlečení infekce do rány – sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

P/K byl během hospitalizace ošetřován za aseptických podmínek na převazové místnosti, což snížilo možnost zavlečení infekce do rány. I přes nízké riziko pádu byl P/K edukován o signalizačních zařízeních a režimu oddělení. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace. P/K chápal možná rizika a bezpečnostní opatření.

Pokračující intervence: 1,2.

00015 Riziko zácpy

Doména3: Vylučování a výměna

Třída 2: Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Riziko snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice anebo odchodem nepřiměřeně tvrdé, suché stolice.

Rizikové faktory: Změna prostředí, nedostatečná fyzická aktivita.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: P/K se bude pravidelně vyprazdňovat dle jeho zvyků.

Cíl krátkodobý: Dojde ke spontánnímu vyprázdnění alespoň jednou za tři dny.

Očekávané výsledky:

- P/K se vyprazdňuje pravidelně, frekvence a konzistence je v mezích normy.

Intervence:

1. Sleduj frekvenci, barvu, konzistenci stolice a vše zaznamenávej do ošetrovatelské dokumentace. – sestra.
2. Zjisti vedlejší účinky léků, které pacient užívá – sestra, lékař.
3. Prober s P/K obvyklý způsob vyprazdňování a používání projímadel - sestra.
4. Zhodnot' vliv současného příjmu potravy a tekutin na funkci střev -sestra.
5. Zajisti dostatečné soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci – sestra.
6. Zajisti dostatečnou hygienu po vyprázdnění – sestra
7. Při potřebě podej laxativa dle ordinace lékaře - sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

P/K při přijetí vyjádřil obavy v oblasti pravidelnosti a kvality defekace. Lékař tedy provedl kontrolu možných vedlejších účinků chronické medikace a doporučil použití laxativ, pokud se P/K nebude moci vyprázdnit po dobu tří dnů. Jejich podání však nebylo nutné neboť P/K byl schopen se spontánně vyprázdnit do tří dnů. Dále byl P/K doporučen pravidelný pohyb a vyšší příjem tekutin.

Pokračující intervence: 1, 3, 4, 5, 6, 7.

8.9.2 Stav ke dni 27.11.2015 - nově vzniklé diagnózy

00093 Únava

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 3: Rovnováha energie

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Určující znaky: Snížená koncentrace, ospalost.

Související faktory: Onemocnění, nedostatek spánku

Priorita: Vysoká

Cíl dlouhodobý: u P/K došlo ke zlepšení pocitu celkové pohody a odpočatosti.

Cíl krátkodobý: P/K rozpozná příčiny poruchy spánku.

Očekávané výsledky:

- P/K slovně vyjadřuje zlepšení kvality spánku.
- P/K se cítí odpočatý.

Intervence:

1. Posuď příčiny a související faktory poruchy spánku – sestra.
2. Posuď souvislost poruchy se základním onemocněním – sestra.
3. Zjistí spánkové rituály pacienta – sestra.
4. Pozoruj pacienta při spánku, zaznamenávej okolnosti spánku – sestra.
5. Dokumentuj délku spánku – sestra.
6. Zajisti přípravu prostředí ke spánku – sestra, ošetřovatelka.
7. Eliminuj konzumaci nevhodné stravy a stimulačních nápojů před spánkem – sestra.
8. Podávej léky proti bolesti podle ordinace hodinu před plánovaným usnutím – sestra, lékař.

Realizace:

P/K poslední den pozorování uvedl, že špatně spal z důvodu bolesti dolních končetin. P/K byl tedy opětovně poučen o možnosti nahlášení bolesti během noci, kdy mu bude podána

dávka analgetika dle ordinace lékaře. P/K uvedl, že této skutečnosti rozumí a pokud se bude opakovat, oznámí tuto skutečnost sloužící sestře.

Pokračující intervence: 4, 5, 6, 7, 8.

00162 Snaha zlepšit management vlastního zdraví

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace do každodenního života léčebného režimu pro léčbu onemocnění a jeho následků, který postačuje ke splnění cílů souvisejících se zdravím a lze jej posílit.

Určující znaky: Vyjadřuje touhu zvládnout nemoc (léčbu, prevenci následků)

Priorita: Střední

Cíl dlouhodobý: P/K je v péči o defekt soběstačný.

Cíl krátkodobý: P/K chápe svůj léčebný režim a důležitost správné péče o defekt.

Očekávané výsledky:

- P/K chápe léčebný režim
- P/K si je vědom jak začlenit léčebný režim do každodenních aktivit

Intervence:

1. Sleduj dodržování léčebného režimu - sestra
2. Zapoj P/K do ošetrovatelské péče – sestra.
3. Všiměj si obtíží nemocného s léčebným režimem – sestra.
4. Podporuj P/K v rozhodování a aktivní účasti na plánování a realizaci léčebného režimu a prevenci komplikací – sestra.
5. Poskytni P/K dostatek informací o lokální léčbě, převazech – sestra.
6. Edukuj o důležitosti správné techniky převazu, aplikaci bandáží – sestra.
7. Ověř si, zda P/K rozumí všem informacím a opatřením v rámci svého léčebného režimu – sestra.
8. Mobilizuj podpůrné systémy včetně rodiny, terénní péče, aj.

9. Dle vhodnosti doporuč poradenství, pečovatelské služby, pro sledování podporu P/K v domácích podmínkách.

Realizace 23.11.–25.11.:

P/K projevil aktivní zájem v péči o defekty, měl snahu sám vyhledávat další informace. Byl proto edukován lékařem, převazovou sestrou o důležitosti jednotlivých kroků v péči o chronické rány. Do této edukace byla zahrnuta i manželka P/K, aby mohla zajistit a sledovat korektnost péče o defekty. P/K byl poskytnut dostatek informací a bylo pravidelně ověřováno, zda jim rozumí a je schopen jejich samostatného použití v domácím prostředí. Při případném propuštění do domácí péče byla P/K doporučena terénní ošetřovatelská péče a kladen důraz na nutnost i nadále docházet do ambulance chronických ran pro další sledování a úpravy léčby.

Pokračující intervence: 1, 2, 3, 4, 6, 7.

00053 Sociální izolace

Diagnóza 12: Komfort

Třída 3: Sociální komfort

Definice: Osamělost zažívaná jednotlivcem a vnímaná jako negativní stav nebo stav ohrožení, který byl vyvolán druhými.

Určující znaky: Nepřítomnost důležité blízké osoby nebo osob, které by člověka podpořily.

Související faktory: Změny duševního stavu

Priorita: střední

Cíl krátkodobý: P/K se nebude cítit osamocen.

Cíl dlouhodobý: P/K se nebude po dobu hospitalizace izolován.

Očekávané výsledky:

- P/K se nebude cítit izolován.
- Dojde ke zlepšení mezilidských vztahů.

Intervence:

1. Zjistí sociální a osobní anamnézu – sestra, lékař.

2. Zjistí příčiny izolace – sestra.
3. Sleduj chování k jiným osobám – sestra.
4. Zahrň rodinu do ošetrovatelské péče o P/K – sestra, lékař.
5. Zajisti dostatek podnětů – TV, knihy, noviny – sestra, ošetrovatelka.
6. Seznam P/K s dalšími P/K se stejným problémem – sestra.

Realizace 23.11.–25.11.:

Již při příjmu P/K byla zjištěna sociální i osobní anamnéza. Pro P/K je důležitý kontakt s manželkou, která nebydlí v Liberci a musí dojíždět, tudíž každodenní kontakt s ní je možný pouze po telefonu. P/K má pocit sociální izolace zejména z důvodu nemožnosti vykonávat každodenní činnosti dle zvyků. Chybí mu procházky, na kterých potkává známé, domácí knihovna apod. P/K byl nabídnuta možnost procházek po nemocničním areálu, přiléhajícím parku, navštívení nemocniční knihovny.

Pokračující intervence: 3, 4, 5, 6.

8.10 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče u P/K s bércovým vředem probíhala na kožním oddělení Krajské nemocnice Liberec a. s. Vlivem upravení antibiotické léčby se stav pacienta zlepšil, i když všechny stanovené cíle nebyly splněny. K posouzení celkového stavu pacienta mi posloužila ošetrovatelská dokumentace dle Marjory Gordon, ke stanovení problémů a ošetrovatelských diagnóz jsem použila NANDA domény.

8.10.1 První den pozorování 23.11.2015

00133 Chronická bolest

Cíl splněn částečně – bolest P/K dobře reagovala na analgetickou léčbu, během hospitalizace docházelo ke snížení bolesti pod VAS 4.

00118 Narušený obraz těla

Cíl splněn – P/K akceptoval sám sebe.

00148 Strach

Cíl splněn částečně – došlo ke zmírnění obav.

00078 Neefektivní management vlastního zdraví

Cíl splněn – P/K se aktivně zapojuje do péče o sebe sama.

00046 Narušená integrita kůže

Cíl splněn – po dobu sledování nedošlo k dalšímu rozšíření defektů.

00004 Riziko infekce

Cíl splněn – po dobu hospitalizace u P/K nepropukla infekce.

00179 Riziko nestabilní glukózy v krvi

Cíl splněn – hodnoty glykemie byly během pozorování v rámci fyziologických hodnot.

00035 Riziko poškození

Cíl splněn – po dobu hospitalizace nedošlo u P/K k poškození.

00015 Riziko zácpy

Cíl splněn – P/K se po dobu pozorování spontánně vyprázdnil.

8.10.2 Pátý den pozorování 27.11.2015 nové diagnózy

00093 Únava

Cíl splněn částečně – P/K uvádí i nadále pocit únavy.

00162 Snaha zlepšit management vlastního zdraví

Cíl částečně splněn – P/K chápe důležitost léčebného režimu, má snahu zlepšit sebeděči.

00053 Sociální izolace

Cíl částečně splněn – P/K udává zlepšení.

8.11 Celkové zhodnocení pacienta/klienta

P/K po celou dobu hospitalizace spolupracoval a aktivně se podílel na své péči. Měl zájem zlepšit péči o svoje zdraví. Projevil zájem o zlepšení péče o defekty. Převazy defektů se prováděly každé ráno po hygieně, vizitě a po aplikaci obkladu. Prováděla je sestra na převazové místnosti pod odborným dohledem lékaře a P/K byl dostatečně informován o každém kroku. Zároveň byl P/K edukován o možnostech převazu, a jak ho provést sám po propuštění do domácí péče. Z důvodu zvýšení samostatnosti se P/K aktivně podílel na toaletě rány a převazu. Z důvodu náročnosti převazů mu do budoucna byla doporučena spolupráce s terénní ošetrovací službou na dobu bezprostředně po propuštění domů.

Během hospitalizace byla P/K naordinována intravenózní antibiotika, která byla podávána v časových intervalech, které byly naordinované lékařem. V návaznosti na tuto skutečnost, bylo nutno zavést permanentní žilní katetr. Po dobu zavedení, katetr nejevil známky místní infekce a byl funkční. Na základě nasazené antibiotické léčby došlo k mírnému poklesnutí hodnot zánětlivých parametrů a celkovému zlepšení stavu P/K. Jakmile dojde k poklesu zánětlivých parametrů na fyziologické hodnoty, bude zváženo propuštění pacienta do domácí péče. Po propuštění bude P/K i nadále docházet do kožní ambulance KNL a.s. na pravidelné kontroly a bude spolupracovat s terénní ošetrovatelskou službou.

9 Závěr

Cílem mé práce bylo popsat problematiku léčby a ošetrovatelské postupy zaměřené na péči o chronickou ránu praktikované v nemocničním prostředí. Věřím, že tento cíl se mi podařilo splnit. Z předchozích stránek mé práce bych ráda vyzdvihla fakt, že správná diagnostika celkového stavu P/K je velmi důležitá pro následnou korektnost léčby jak celkového stavu, tak chronického defektu. Dále se domnívám, že ošetrovatelská péče má lepší výsledky pokud P/K plně rozumí režimovým opatřením, léčebnému postupu a před propuštěním do domácí péče je dostatečně edukován. A dále plně spolupracuje v léčebném režimu zahrnující komplexní přístup od stravování po přístup k převazům. Neboť drobnost, jakou je správný pitný režim, může mít větší dopad na rychlost a kvalitu hojení chronického defektu.

Dalším cílem mé práce bylo vytvoření případové studie u P/K s bércovým vředem. Věřím, že i tento cíl se mi povedlo splnit, a zároveň jsem zjistila, že P/K péči o defekty často zanedbávají, až do doby, než dojde ke zhoršení celkového stavu. Teprve v tu chvíli dojde k projevení zájmu o onemocnění z jejich strany. V tento okamžik je důležité poskytnutí dostatku informací zdravotnickým personálem. Velký vliv na samostatnost P/K při převazu defektu v domácím prostředí má kvalitní edukace a možnost vyzkoušení si převazu pod dohledem odborníka. Role sestry jako školitelky tu je tedy velmi důležitá, protože pokud si P/K během hospitalizace či ambulantních návštěv osvojí správné postupy, jejich použití v domácím prostředí pro něj nebude takový problém. Pokud je však převaz komplikovaný, nebo pro P/K špatně přístupný, je namístě zvážit možnost ambulantní péče nebo doporučení terénní ošetrovatelské péče. Závěrem se domnívám, že problematika bércových vředů je v České Republice poněkud opomíjená a zaměřena spíše na lokální léčbu, než na řešení celkového stavu P/K.

10 Doporučení pro praxi

Během zpracovávání této práce jsem zjistila, že pro širokou veřejnost je vytvářeno velké množství informačních materiálů. Ty jsou dostupné v chirurgických či specializovaných ambulancích i na internetových stránkách. Zaměřené jsou jak na převazovou techniku, tak na různé prostředky moderního krytí. Tento fakt však shledávám jako nevýhodu, z důvodu velkého množství často shodných informací, které jsou pro P/K nepřehledné. Do budoucna by tedy bylo vhodné vytvořit jednoduchý leták vztahující se k této problematice a zajistit jeho distribuci mezi širokou veřejnost. Myslím si, že by bylo vhodné, aby leták obsahoval přehled prostředků moderního krytí průřezově od všech distributorů s příkladem použití u každého z nich. Popřípadě propojit škálu WHC s těmito přípravky.

Doporučení pro pacienta s bércovým vředem

- nebát se požádat o pomoc
- svěřit se do péče terénní ošetrovatelské péče
- dodržovat zásady správného ošetřování chronických ran v domácím prostředí
- dodržovat léčebný režim a pokyny lékaře

Doporučení pro rodinu pacienta

- podporovat P/K ve všech fázích léčebného procesu
- pomáhat P/K při převazu defektu
- dohlížet na dodržování léčebného režimu

Doporučení pro společnost

- vylepšení informačních materiálů a jejich distribuce
- zajistit lepší dostupnost terénní ošetrovatelské péče

Doporučení pro zdravotnický personál

- využívat možnosti odborných školení zaměřených na péči o chronické rány
- dodržovat zásady ošetrovatelské péče o chronické defekty
- zvýšení zájmu o moderní krycí prostředky
- nepodceňovat celkový stav P/K

POUŽITÁ LITERATURA

- BĚLOBRÁDEK, Michal. *Kožní nemoci: repetitorium pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf, c2011, Jessenius. ISBN 978-807-3452-216.
- BIOLAMPA s.r.o. Co je biolampa [online]. [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.biolampa.cz/co-je-biolampa/>.
- BUREŠ, Ivo. *Léčba rány*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, ISBN 80-726-2413-X
- BERNARDOVÁ, Jana. Fototerapie ultrafialovým světlem. *Dermatologie v praxi*, 2011, 5(2). 98-102.
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. Ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In. *Sbírka zákonů 2008* [online]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., 2004, 2014 [cit. 2016-01-02]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
- ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011. Ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů 2011* [online]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o, 2011, 2015, [cit. 2016-01-02]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3240-4.
- DRÁPELOVÁ, E. *Fototerapie včetně laseru*. Přednášky z předmětu: Fyzikální terapie. Brno: MU, 2010.
- GRAY, David et al. The wound healing continuum. *British Journal of Community Nursing*. [online] 2002, 7(4). 127-168. DOI: 10.1007/978-3-642-00534-3_6. [cit. 2016-01-02] Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjcn.2002.7.Sup4.12616>

- GRAY, David et al. Applied wound management and using the wound healing continuum in practice. *Wound Essentials* [online]. 2010, 5 [cit. 2016-01-02]. ISSN 1750-7243. Dostupné z: www.wounds-uk.com/pdf/content_9505.pdf
- HARTMANN – RICO A.S. *Ošetřování ran* [online]. 2010 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.lecbarany.cz/>
- CHLÁDKOVÁ, Lucie. Moderní trendy hojení ran a defektů. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, 5(6), 10. ISSN 1801-1349.
- JAVŮREK, Jan. *Fototerapie biolaserem: léčebná metoda budoucnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1995, ISBN 80-716-9046-5.
- KAREN, Igor et al. *Chronický vřed dolní končetiny: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007, ISBN 80-86988-18-5.
- KAŠTOVSKÁ, Zdeňka a HORSINKOVÁ, Miroslava. *Péče o nemocné s bérčovými vředy*. Praha: Mladá fronta, 2007, 17(4), 57-59. ISSN 1210 – 0404.
- KOTHALAWALA, Mahen. ABS of wound management. *Slideshare.net* [online]. 2013 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/MahenKothalawala/a-to-z-of-wound-care>
- KOUŘILOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2682-3.
- KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC A.S. Dieta 250 g sacharidů. In: *Krajská nemocnice Liberec a.s.: Diabetologie* [online]. 2014 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: <http://www.nemlib.cz/web/index.php?m=26>
- KUČERA, Zdeněk. Prevalence a některé aspekty léčby bérčových vředů v České republice. *Hojení ran*. 2007, 1(1) ISSN 1802-6400.
- MARKS, Ronald. *Roxburgh's common skin diseases*. 17 vyd. New York: Oxford University Press, 2003, ISBN 03-407-6233-0.
- NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012–2014*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-802-4743-288.
- NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-802-4723-198.
- PALFREYMAN, S., E A. NELSON a J. A MICHAELS. Dressings for venous leg ulcers: systematic review and meta-analysis. *British medical journal*. [online] London: British

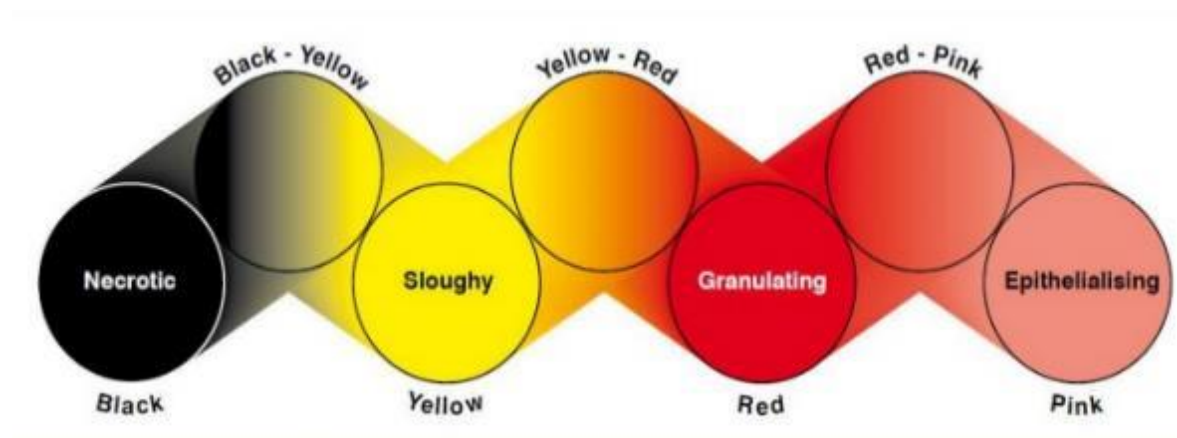
Medical Association, 2007, **335**(7613). 241-244. DOI: 10.1136/bmj.39248.634977.AE.
Dostupné z: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.39248.634977.AE>

- POKORNÁ, Andrea, MRÁZOVÁ, Andrea. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, ISBN 978-80-247-3371-5.
- POKORNÁ, Andrea a KUNSTOVÁ, Martina. Fototerapie v léčbě chronické rány. *Hojení ran*, Praha: GEUM, 2009, **3**(1). 43. ISSN 1802-6400.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. Nejnovější trendy místní léčby bércového vředu. *Trendy v medicíně*, Praha, 2000, **2**(4). 11-15. ISSN 1212-9046
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. Bércový vřed: onemocnění polyetiologické. *Praktická flebologie*, Praha, 2004, **13**(4). ISSN 1210 - 5406.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. Bércový vřed. *Dermatologie pro praxi* Olomouc: Solen s.r.o., 2008,**2**(2). ISSN 1802 – 2960.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. Nové pohledy na hojení a léčbu ran. *Practicus*, 2011, **10**(5). 27-30. ISSN 1213-8711
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. Diferenciální diagnostika bércových vředů. *IV. konference Dermatologie pro praxi*. 2012. ISSN 1803-8956.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed: Informace pro pacienty* [online]. 2013 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: http://www.servier.cz/documents/informace_o_zdravi/Bercove_vredy_letak_pro_pacienty_2013.pdf
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed I*. Vyd. 1. Praha: TRITON,2004. ISBN 80-725-4469-1.
- POSPÍŠILOVÁ, Blanka a PROCHÁZKOVÁ, Olga. *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010. ISBN 80-737-2675-0.
- SLONKOVÁ, Veronika a VAŠKŮ, Vladimír. Přehled krycích materiálů používaných k terapii bércových ulcerací: *Referátový výběr z dermatovenerologie*. Praha: Czechopress Agency, s.r.o, 2007, **49**(2). 53-64. ISSN 1213-9106.
- SLONKOVÁ, Veronika a VAŠKŮ, Vladimír. Kvalita života u pacientů s chronickými bércovými vředy. *Hojení ran*, Praha: GEUM Praha s.r.o., 2009, **3**(4): 4-6. ISSN 1802-6400.
- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: GEUM, 2008, ISBN 978-808-6256-603.

- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran 2*. Vyd. 1. Semily: GEUM, 2011, ISBN 978-808-6256-795.
- TOŠENOVSKÝ, Patrik a ZÁLEŠÁK, Bohumil. *Trofické defekty dolních končetin: diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, ISBN 978-80-246-1324-6.
- VOKURKA, Martin a kol. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualizované. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 9788073452025.

PŘÍLOHY

Příloha A Schéma Wound healing continuum



Ze zdroje: KOTHALAWALA, Mahen. ABS of wound management. *Slideshare.net* [online]. 2013 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <<http://www.slideshare.net/MahenKothalawala/a-to-z-of-wound-care>>

Příloha B Přehled prostředků v návaznosti na fázi hojení

Prostředky používané v čisticí fázi hojení	Prostředky používané v granulační a epitelizační fázi hojení
Enzymy	Hydrokoloidní krytí
Hydrogely	Hydropolymerové obvazy
Absorpční krytí s aktivním uhlím	Pěnová silikonová krytí
Algináty	Krytí ze síťových materiálů
Hydrovlákna	Absorpční krytí
Pěnová polyuretanová krytí	
Bioaktivní krytí s kyselinou hyaluronovou	

Zdroj: Vlastní tvorba, 2015

Příloha C Bércový vřed hospitalizovaného P/K



Zdroj: Vlastní tvorba, 2015

PROBLEMATIKA OŠEŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA/KLIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM

Kateřina Pospíšilová, DiS.

Jazykové vymezení:	čeština, angličtina
Klíčová slova:	bércový vřed – crural ulcer, chronická rána – chronic wound, larvoterapie – larvotherapy, fototerapie – phototherapy, ošetrovatelská péče – nursing care, pacient/klient – patient/client
Časové vymezení:	2006-2016
Druhy dokumentů:	knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje
Počet záznamů:	39
Použitý citační styl:	Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)
Základní prameny:	Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) Jednotná informační brána (www.jib.cz) Online vyhledávač www.google.com

Zdroj: Vlastní tvorba, 2015

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem: Problematika ošetrovatelské péče u pacienta/klienta s bércovým vředem v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

.....
Kateřina Pospíšilová, Dis

Převaz doma

Příprava

- Pomůcky k převazu na jednom místě.
- Čisté prostředí – jednorázové podložky.
- Důkladně umyté ruce, rukavice.
- Igelitový sáček na odpad.

Hygiena rány

- Odstranění starého krytí.
- Osprchování rány (i s přischlým krytím) vodou o teplotě cca 37°C.
- Sprchu lze nahradit čistou PET lahví.
- Přiložení obkladu na 20 minut (*Dermacin, Prontosan*).

Ošetření okolí vředu

- Odstranění starých mastí – jojobový nebo olivový olej.
- Nanesení nové vrstvy zinkové masti – ochrana okolí vředu.

Ošetření vředu

- Použití předepsaného terapeutického krytí v množství kryjícím pouze vřed.
- Pozor na přesahy do okolí vředu.
- Použití sekundárního krytí sterilní čtverce, folie.
- Fixace obvazem, náplastí.

Kompresivní terapie

- U vředů žilního původu.
- Po dokončení převazu přiložíme bandáž.
- Postup viz. druhá strana

Zdroje

Vlastní tvorba s pomocí zdrojů:

- STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: GEUM, 2008, 199 s. ISBN 978-808-6256-603.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed: Informace pro pacienty* [online]. 2013 [cit. 2016-01-02]. Dostupné z: http://www.servier.cz/documents/informace_o_zdravi/Bercove_vredy_letak_pro_pacienty_2013.pdf
- Úvodní obrázek dostupný na: http://www.lecbarany.cz/images_obsah/prодукty_aplikace/214x/491.jpg



BÉRCOVÉ VŘEDY

Péče doma krok za krokem

Kateřina Pospíšilová, DiS.

*Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.,
Duškova 7, Praha 5*

Správná bandáž

- Krátkotažné obinadlo.
- Začíná se od hřbetu nohy.
- Dále navinujeme přes patu a hlezenní kloub až po koleno, případně na stehno.
- Pata nesmí být volná a jednotlivé túry obinadla se musí překrývat buď spirálovitě nebo klasově (minimálně ze 2/3).
- Největší tlak obinadla by měl být v oblasti kotníku a klesající směrem ke kolenu.
- Obinadlo by nemělo ani škrtit ani být příliš volné.



Ukázka navinutí bandáže překrýváním do klasu dostupné na:
http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/images/stories/medicina/postup_osetrovatelestvi/bandaz_nohou_dolnic_h_koncecni_postup.jpg

Přehled terapeutického krytí

Nekrotická, suchá spodina

- Hydrogely: Nu – gel, Hypergel, Granugel, IntraSite Gel, Hydrosorb gel, DebriEcaSan aquagel.

Povleklá, infikovaná spodina

- Hydrokoloidy: Granuflex, Granuflex bordered, Suprasorb H, Tegisorb, Replicare ultra, Hydro Border, Flamigel.
- Hydrovlákna: Aquacel, Aquacel Ag, Aquacel Surgical, Versiva XC.
- Algináty: Sorbalgon, Suprasorb A, Melgisorb, Silvercel.
- Aktivní uhlí: Carbonet, Tecasorb, Acatex, Askina Carbosorb.
- Kombinace stříbra a aktivního uhlí: Actisorb plus, Actisorb 220, Vliwaktiv Ag.
- Mokrý krytí – TenderWet.

Epitelizující spodina

- Polyuretanové pěny: Tielle, Allevyn thin, 3M Foam, PermaFoam, Soprasorb P, Mepilex.
- Neadherentní krytí: Mapitel, Mepitel One, Siltex, Tegapore, Atrauman, Lomatuell H, Grasolind, Jelonet, Cuticell.

Granulující spodina

- Polyuretanové pěny: Tielle, Allevyn thin, 3M Foam, PermaFoam, Soprasorb P, Mepilex.
- Neadherentní krytí: Mapitel, Mepitel One, Siltex, Tegapore, Atrauman, Lomatuell H, Grasolind, Jelonet, Cuticell.
- Hydrovlákna: Aquacel, Aquacel Ag, Aquacel Surgical, Versiva XC.
- Hydrokoloidy: Granuflex, Granuflex bordered, Suprasorb H, Tegisorb, Replicare ultra, Hydro Border, Flamigel.
- Aktivní uhlí: Carbonet, Tecasorb, Acatex, Askina Carbosorb.

Nejčastnější chyby

- Špatné prostředí pro převaz.
- Nedostatečná hygiena před započítím převazu.
- Nedostatečné odstranění původního krytí, mastí v okolí.
- Špatná/žádná hygiena rány.
- Nepřiložení obkladu.
- Kontaminace rány.
- Nedostatečná péče o okolí vředu.
- Přesah terapeutického krytí do okolí vředu.
- Příliš časté výměny krytí.
- Špatně použité terapeutické krytí – bez konzultace s lékařem.
- Nedostatečné sekundární krytí.
- Nekvalitně přiložená bandáž.
- Při obtížích nevyhledat lékaře/pomoc.

