

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S BÉRICOVÝM VŘEDEM

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DENISA VYNŠOVÁ

Stupeň vzdělávání: Bakalář (Bc.)

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Karolína Moravcová PhDr.

Praha 2017



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

Vynšová Denisa
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

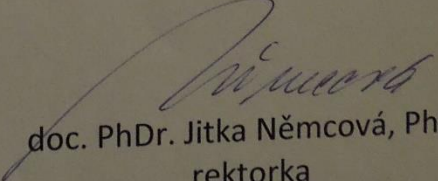
Na základě Vaší žádosti ze dne 27. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u klienta s bércovým vředem

Nursing Process of Client with Varicose Ulcer

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Karolína Moravcová

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 21. 3. 2017.....

Denisa Vynšová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat zejména své vedoucí práce PhDr. Karolíně Moravcové za věnovaný čas, cenné rady a užitečné připomínky při vypracování bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala panu E. V. za poskytnutí informací, popsanych v případové studii.

ABSTRAKT

VYNŠOVÁ, Denisa. *Ošetřovatelský proces u klienta s bércovým vředem*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Karolína Moravcová PhDr. Praha. 2017. 54 s.

Tématem bakalářské práce je ošetřovatelský proces u klienta s bércovým vředem. V první části bakalářské práce je stručně popsána anatomie orgánů, problematika hojení ran a bércových vředů, jejich příčiny, epidemiologie, diagnostika, léčba, prognóza a klasifikace. Praktická část bakalářské práce je věnována ošetřovatelskému procesu u pacienta s bércovým vředem. Je zde uveden konkrétní jedinec s bércovým vředem v domácím prostředí. Jsou popsány subjektivní a objektivní problémy pacienta, které jsou následně zpracovány do aktuálních a potenciálních ošetřovatelských diagnóz dle Nanda taxonomie 2015 - 2017. Ke zpracování získaných informací byl využit ošetřovatelský model funkčních vzorců zdraví, jehož autorkou je Marjory Gordonová. U vybraných ošetřovatelských diagnóz je stanoven ošetřovatelský cíl a výsledná kritéria, vytvořen plán ošetřovatelských intervencí, popsána realizace ošetřovatelských intervencí a na závěr je vyhodnoceno splnění či nesplnění ošetřovatelského cíle.

Klíčová slova

Bércový vřed. Léčba bércového vředu. Ošetřovatelský proces. Prevence bércových vředů.

ABSRACT

VYNŠOVÁ , Denisa. *Nursing Process of Client with Varicose Ulcer*. Medical College.

Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Karolína Moravcová PhDr. Prague. 2017. 54 pages

The bachelor thesis deals with the nursing process of client with varicose ulcer.

The theme of the thesis is nursing process of client with varicose ulcers. The first part of the thesis is focused on the anatomy of organs, Healing of wound and leg ulcers. Their causes, epidemiology, diagnosis, treatment, prognosis and classification. The second part deal with the nursing process in a patient with varicose ulcers. There is mentioned the case of a particular individual with ulceration at home care. There are described subjective and objective problems of the patient, which are then processed into current and potential nursing diagnoses according Nanda taxonomy from 2015 to 2017. For selected nursing diagnoses nursing is set nursing goals and the resulting criteria established plan of nursing interventions, described the implementation of nursing interventions and at the end is evaluated fulfillment or nursing goals.

Key words

Leg Ulcer, Treatment of Leg Ulcer, Nursing Proces, Prevention of Leg Ucers.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM TABULEK | 9 |
| ÚVOD..... | 10 |
| 1 ANATOMIE A PATOFYZIOLOGIE ORGÁNŮ POŠKOZENÝCH BÉRCOVÝM VŘEDEM | 11 |
| 1.1 Kožní ústrojí..... | 11 |
| 1.2 Žilní ústrojí..... | 12 |
| 2 HOJENÍ RAN | 14 |
| 2.1 Akutní rány | 14 |
| 2.2 Chronické rány | 14 |
| 3. BÉRCOVÝ VŘED..... | 15 |
| 3.1 Etiologie bérkových vředů..... | 15 |
| 3.2 Klinický obraz | 16 |
| 3.3 Diagnostika..... | 18 |
| 3.3.1 Anamnéza..... | 18 |
| 3.3.2 Fyzikální vyšetření | 19 |
| 3.3.3 Funkční vyšetření | 19 |
| 3.3.4 Laboratorní vyšetření | 20 |
| 3.3.5 Neinvazivní přístrojová vyšetření..... | 20 |
| 3.3.6 Invazivní přístrojová vyšetření | 21 |
| 3.4 Terapie bérkového vředu | 21 |
| 3.4.1 Celková terapie | 21 |
| 3.4.2 Lokální terapie..... | 22 |
| 3.4.3 Fyzikální terapie | 24 |
| 3.4.4 Chirurgická terapie | 26 |
| 3.5 Faktory ovlivňující hojení | 28 |
| 3.6 Prevence vzniku bérkových vředů..... | 29 |
| 3.7 Perspektiva onemocnění..... | 29 |
| 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM | 31 |
| 4.1 Anamnestické údaje o nemocném..... | 31 |
| 4.2 Lékařská anamnéza | 32 |
| 4.3 Fyziologické funkce – vyšetření sestrou..... | 33 |
| 4.4 Zhodnocení pacienta dle ošetřovatelského modelu Marjory Gordon..... | 34 |
| 4.5 Situační analýza..... | 36 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 4.6 Lokální ošetření ulcerace | 38 |
| 4.7 Ošetrovatelské diagnózy | 38 |
| 4.7.1 Aktuální diagnózy | 39 |
| 4.7.2 Potenciální diagnózy | 49 |
| 4.8 Dlouhodobý plán péče | 50 |
| 4.9 Hodnocení pacienta | 51 |
| ZÁVĚR | 52 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 53 |
| PŘÍLOHY..... | 55 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Základní údaje o nemocném | 31 |
| Tabulka 2 Farmakoterapie | 32 |
| Tabulka 3 Fyziologické funkce nemocného | 33 |
| Tabulka 4 Léčiva v boji s ulcerací | 38 |

ÚVOD

První zmínky o ulcus cruris v souvislosti s křečovými žilami nacházíme již u Hippokrata. To dosvědčuje antická votivní plastika z Národního muzea v Athénách, znázorňující staršího vousatého muže, který v předklonu objímá rukama obrovské lýtko, kde je vyznačena silně vystupující žíla, táhnoucí se po celé délce lýtko. Nejspíše má znázornit utrpení nemocného, který tuto účelovou plastiku obětuje bohu v naději, že se uzdraví. Krevní oběh popsal roku 1628 William Harvey. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

A proč o bércovém vředu píše já v dnešní době? Výskyt onemocnění s oběhovými poruchami dolních končetin je častý a můžeme se s nimi setkat téměř na každém nemocničním oddělení i v domácí péči. Ošetřující doba ulcerací trvá obvykle 30 dnů a více, což vede k nemalým nákladům na léčbu. Z počátku se projevují u mladých lidí jako zdánlivě kosmetické problémy, později dochází k organickým změnám, které velmi ovlivňují život nemocného jedince, jelikož mu na dolních končetinách vznikají recidivující ulcerace.

Cílem mé bakalářské práce je zpracování ošetřovatelského procesu, týkající se ošetřovatelské péče o nemocného s diagnózou bércový vřed v domácí péči, protože se s touto problematikou denně setkávám.

Teoretická část mé práce obsahuje klasifikaci bércových vředů, fyziologicko – patologický úvod, charakteristiku onemocnění, klinický obraz, diagnostiku, léčbu, informace o komplikacích a prognóze nemoci. Ošetřovatelská část pak zpracovává a popisuje ošetřovatelskou péči o nemocného v domácí péči. Ke zhodnocení bylo použito modelu Funkčního zdraví Marjory Gordonové. Veškeré informace o pacientovi byly použity s jeho souhlasem.

1 ANATOMIE A PATOFYZIOLOGIE ORGÁNŮ POŠKOZENÝCH BERCÓVÝM VŘEDEM

1.1 Kožní ústrojí

Kůže (cutis, derma) je největší plošný orgán lidského těla, skládá se ze tří vrstev: z povrchové pokožky, hlouběji uložené škáry a z podkožního vaziva. Součástí kožního ústrojí jsou také mazové žlázy, které produkcí tukové látky vytvářejí ochranný film a potní žlázy, které vylučují pot, ochlazující povrch kůže a regulující tělesnou teplotu organismu. Kůže představuje mechanickou ochranu těla, jsou v ní uloženy různé typy receptorů a podílí se na udržování teploty těla. V podkožním vazivu se ukládají tuky a vitamíny. (DYLEVSKÝ, 1995)

Pokožka (epidermis) se skládá z vrstev plochých buněk, které odumírají, rohovatí a olupují se. Zrohovatělé buňky jsou nahrazovány buňkami z hlubších vrstev. Buňky pokožky obsahují bílkoviny těžkorozpustné ve vodě a tak je kůže nepropustná.

Škára (Corium) je vazivovou částí kůže, skládající se z vazivových buněk a elastických vláken, mezi kterými je velké množství tukových buněk. Elastická vlákna jsou orientována do směru mechanického zatížení kůže, zajišťují její pružnost, roztažitelnost a pevnost. Ve škáře jsou krevní a mízní cévy, nervy, vlasové kořeny, potní a mazové žlázy. Bradavkovité výběžky spojující škáru s pokožkou obsahují nervová zakončení (receptory), která umožňují vnímání bolesti, tepla a chladu. *Mazové žlázy* ústí krátkými vývody do pochvy vlasů a chlupů, a štěrbinou mezi povrchem vlasu a stěnou pochvy se maz dostává na povrch kůže. Na povrchu vytváří tenký ochranný kryt, složený z tukových látek, solí a bílkovin. *Potní žlázy* jsou klubíčkovitě stočené žlázy ústící samostatnými vývody na povrch kůže, kde jsou vidět jako drobné otvory. Nejvíce žlázek je v kůži dlaně, čela a na ploskách nohou. V kůži zevních pohlavních orgánů se nacházejí žlázy sexuální, neboli pachové, produkující aromatické látky. *Pot* se tvoří z tkáňového moku, obsahuje vodu, chlorid sodný, kyselinu močovou a mastné kyseliny. (DYLEVSKÝ, 1998)

Podkožní vazivo, tvořené kolagenními a elastickými vlákny, umožňuje posuny kůže. Mezi další funkce se řadí ochrana těla (brání vnikání cizorodých látek, jako jsou viry a bakterie do těla), smyslové funkce kůže (receptory sloužící k vnímání počitků – hmat, chlad, teplo, bolest, tlak, vibrace).

Udržování tělesné teploty - termoregulační funkce (zrohovatělá vrstva buněk je mechanicky odolná a špatně tepelně vodivá), skladovací funkce kůže (je zde uloženo velké množství tuků a vitamínů), vylučovací funkce - sekreční (zajišťují mazové a potní žlázy), resorpční funkce kůže (pro látky rozpuštěné ve vodě je nerozpustná).

1.2 Žilní ústrojí

Žíla (Véna), tvořena tenkou stěnou, je součástí oběhové soustavy. Uvnitř žil dolních a horních končetin se nachází chlopně (valvulae venosae) zabraňující zpětnému toku krve, jež způsobuje gravitace. Na udržování krevního tlaku se podílí tenká chrupavka, která se nachází na vnější straně žíly. Mezi funkce žil patří transport krve a s ní i živin, odpadů, tepla a zejména oxidu uhličitého z tkání a orgánů zpět do srdce.

Žíly na dolních končetinách se dělí na hluboké (subfasciální) a povrchové (suprafasciální). Povrchovými žilami, ležícími v cutis a subcutis, se sbírá krev z kůže a podkoží. Hlubokými, uloženými inter a intramuskulárně uvnitř fascie, je odváděna krev, posbíraná povrchovými žilami a svaly směrem k srdci. Spojení mezi hlubokým a povrchovým řečištěm umožňuje systém spojovacích žil neboli perforátory. (DYLEVSKÝ, 1995)

Návrat žilní krve do pravého srdce – proti působení gravitace – zabezpečují pomocné mechanismy: síla svalového stahu levé komory srdeční, nasávací síla síně pravého srdce, negativní nitrohruční tlak, a svalově – žilní pumpa, do které patří: svalová aktivita lýtky a neporušené, domykavé chlopně. (DYLEVSKÝ, 1998)

V případě, že jsou žilní chlopně či žíly poškozeny, ztrácejí svou elasticitu a nejsou schopné přizpůsobovat se rozdílům v objemu krve a zůstávají rozšířené. Zpětný transport krve k srdci je narušen, jelikož se chlopně stávají nedomykavými. Z venózního systému je odváděno menší množství krve, což vede k přetížení žilního systému a dále k žilní hypertenzi (porušení metabolismu v kůži a podkoží). Krev v žilách proudí pomaleji a dochází k jejímu městnání. **Žilní insuficiencí**, jak se tento proces nazývá, je postižen lymfatický systém, který nedokáže kompenzovat zvýšené množství intersticiální tekutiny. *Prvním stádiem* je edém dolní končetiny, který způsobí zhoršení látkové výměny. *Druhé stádium* se projeví v tkáních, kde dochází k degeneračním a zánětlivým procesům s troficky podmíněnými změnami kůže ve smyslu hyper – a depigmentací. Kůže je světle až temně hnědé barvy. (KARETOVÁ, 2007)

Následuje začervenání, mokvání, šupinatění a tvorba jantarově zbarvených stroupků. Postižená kůže je citlivá, bolestivá. Při dlouhotrvajících zánětlivých procesech se vytvoří *třetí stádium* - bércový vřed (*ulcus cruris*). K rozvoji chronické žilní nedostatečnosti přispívá výskyt žilních onemocnění v rodě, dědičná dispozice ke ztrátě žilní elasticity, zánětlivá onemocnění, těhotenství, antikoncepce, nedostatek pohybu, dlouhodobé stání či sezení. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

2 HOJENÍ RAN

Rána je poškození souvislosti kožního krytu, sliznice, či jiné tkáně. Dělí se na jednoduché (poškození vrchních vrstev), komplikované (porušují vrstvy povrchní, hluboké ale i orgány a penetrující (pronikají do tělních dutin). Dále dle zanesení nečistot a bakterií rozlišujeme rány čisté, mechanicky znečištěné, aseptické a infikované.

Hojení ran probíhá plynule, v na sebe navazujících ale i částečně překrývajících se fázích dle toho, zda jsou rány akutní, či chronické. (BENEŠOVÁ, 2010)

2.1 Akutní rány

Akutní rány vznikají ve zdravé kožní tkáni. Nejčastější příčinou je úraz, nebo chirurgický zákrok. Hojí se obvykle v krátké časové ose a bez komplikací ve třech fázích:

Exsudativní fáze (zánětlivá) – úkolem leukocytů, především neutrofilních granulocytů a makrofágů je odstranit za pomoci fagocytózy (proces rozpoznávání a pohlcení cizorodých částic) z rány veškeré nežádoucí složky, vyčištění rány a podpoření granulace. Otok, bolest a zvýšená teplota v místě postižení jsou charakteristickými příznaky pro vznik zánětu.

Proliferační fáze (granulační) – v ráně se tvoří nové krevní cévy, tzv. neoangiogeneze. Novotvorba cév vychází z neporušených cév na okraji rány. Ránu postupně vyplňuje granulační tkáň. Což zapříčiní fibroblasty. Granulační tkáň je jasně červené barvy a málo odolná vůči mechanickému zatížení.

Diferenciální (epitelizační) fáze – Poslední fáze procesu hojení. Epitelizační fáze je podmíněna stupněm granulace, která vytváří nosnou plochu pro tvorbu nové tkáně. Epitelizace začíná od okrajů, nebo od epitelizačních ostrůvků uvnitř rány. Buňky migrují po vlhké spodině rány, proto je důležité ránu udržovat vlhkou a zabránit vysychání. (POSPÍŠILOVÁ, 2001)

2.2 Chronické rány

Jako chronická rána se označuje sekundárně se hojící rána, která i přes léčbu nemá po dobu 4 týdnů tendenci k hojení. Chronické rány se hojí výstavbou nové tkáně, doba hojení je dlouhá a podmíněná příčinou a rozsahem postižené tkáně.

Často vznikají z ran akutních, do kterých vnikla infekce, nebo nebyly adekvátně ošetřeny. Nejčastěji se chronické rány vyskytují v patologicky změněném terénu. Obvykle za jejich vznikem stojí porucha výživy kůže, působení tlaku, poškození cévního systému nebo infekční onemocnění. Řadí se sem především: bérkové vředy, dekubity, diabetická noha a další. Hojení probíhá ve třech fázích:

Čistící fáze – Důležité je zajistit odloučení poškozených a odumřelých tkání z rány. Léčbu nutno směřovat k podpoře samočistících procesů v ráně, v kombinaci s chirurgickým ošetřením.

Fáze granulace – Po vyčištění rány se vytvoří podmínky pro růst a dělení nových buněk – tvorba granulační tkáně.

Epitelizační fáze – Dochází k dělení a pohybu buněk. Z okrajů, či uměle aplikovaných ostrůvků kůže přerůstá epitel a pokrývá granulační tkáň nově vytvořenou kůží. (POSPÍŠILOVÁ, 2001)

3. BÉRCOVÝ VŘED

Bércový vřed (ulcus cruris) je porušení kožní integrity, které může zasahovat i do tkání podkožních. Často se stává vstupní bránou infekce do organismu, která následně komplikuje další průběh onemocnění. Vřed je rána chronická, lokalizovaná na dolních končetinách, nejčastěji v oblasti bérce a kotníků. Průměrná doba hojení bývá obvykle delší než 6 týdnů.

3.1 Etiologie bérkových vředů

Určení etiologie bérkového vředu je základním předpokladem správné diagnózy a následně úspěšné léčby. Často k jejímu určení stačí pouhé zhodnocení pohledem, čímž zjistíme jeho lokalizaci, velikost, charakter spodiny, či kožní změny v okolí vředu. Příčina ulcerací je rozmanitá, v mnoha případech kombinovaná, ale i smíšená. Dle vyvolávajících faktorů dělíme etiologii do následujících skupin. (KAREN, 2007)

1. Bérkové vředy zapříčiněné zevními vlivy:

- fyzikální vlivy (poranění, teplo, chlad)
- chemické vlivy (léky, kyseliny, louhy, umělá hnojiva)

- infekční onemocnění (erysipel, chronická osteomyelitida, mykózy, syfilis a další. (RYBKA, 2006)

2. *Bércové vředy zapříčiněné vnitřními vlivy:*

- Vředy venózní (zánět hlubokých žil, křečové žíly)
- Vředy arteriálně ischemické (zúžení, či uzávěr cév)
- Vředy lymfatické (defekty mízních cév, lymfedém mízního původu)
- Vředy krevní (anémie, trombocytopenie)
- Vředy metabolické (diabetes mellitus, DNA, chronické selhávání ledvin, poruchy příštítných tělísek), (RYBKA, 2006)
- Vředy trofické (sclerosis multiplex, poliomyelitis, polyneuropatie)
- Vředy autoimunní - vaskulitické (vasculitis, arthritis rheumatica, lupus erythematosus, pyoderma gangraenosum)
- Vředy infekční (antrax, syphylis gumosa)
- Vředy neoplastické (bazaliom, spinaliom, melanom, sarkom), (KAREN, 2007)

3.2 **Klinický obraz**

Klinický obraz i průběh onemocnění je dán příčinou bércového vředu. Často bývá přítomno více etiologických faktorů. (POSPÍŠILOVÁ, 1989)

- *Ulcerace žilního původu*

Bércové vředy žilního původu jsou největší komplikací chronické žilní nedostatečnosti. Řadí se sem varikózní a posttrombotické ulcerace. *Varikózní vředy* jsou obvykle menší velikosti, mají mělkou spodinu, hladké okraje a jsou mnohdy vícečetné. Nejčastěji se vyskytují v dolní třetině bérce a v krajině kotníku. Mezi projevy patří: otoky (zpočátku měkké, později tuhé), rozšířená žilní kresba, temně hnědé pigmentace v okolí ulcerace, suchá, olupující se kůže, mokvání či ekzémové projevy. *Posttrombotické vředy* bývají hluboké, rozsáhlé, s podminovanými okraji a povleklou spodinou. Projevem je otok měnící se v tuhý

skleredém, bolesti zapříčiněné zánětlivými změnami a mokvání. Vyskytují se taktéž v dolní třetině bérce. Léčba této ulcerace bývá pomalejší.

- *Ulcerace arteriálně ischemického původu*

Příčinou bývá částečný nebo úplná uzávěr cév, nejčastěji na podkladě aterosklerózy, zvláště u starších pacientů. Tepenné bércevé vředy jsou nejčastěji lokalizované na stranách bérců, prstech, patě a v oblasti zevního kotníku. Ulcerace jsou hluboké, kruhové a mají výrazné, naválité okraje. Spodina bývá často povleklá odumřelou tkání. Jsou silně bolestivé, zejména v nočních hodinách při vodorovné poloze dolních končetin. Nemocní často volí svislou polohu končetin. Cévní uzávěr se nejprve projeví černohnědým příškvarem odumřelé tkáně, po jejím odloučení vzniká žlutě povleklý bérceový vřed. Hojení je závislé na velikosti uzávěru a průsvitu postižené tepny. Většinou je zdlouhavé. (POSPÍŠILOVÁ, 2001)

- *Ulcerace metabolického původu – diabetické*

Příčinou diabetických ulcerací jsou ischemické změny velkých i malých cév, postižení periferních nervů (neuropatie) a infekce (vyskytující se u dekompenzovaného diabetu). Nejčastěji se objevují od kotníků dolů, na prstech a patách (na podkladě mikroangiopatie). Dále jsou přítomny na vnitřních a předních stranách bérce. Rozmanité kožní změny vedou k nekróze, po jejím odloučení vzniká špatně hojící se vřed, který je typický svou nebolestivostí a přestavbou architektiky kostí nohy (noha má dráповitý vzhled). (POSPÍŠILOVÁ, 1989), (GALÉN, 2000)

- *Ulcerace vaskulitické*

Bývají projevem alergie na léky, potraviny, případně mohou být vyvolány skrytě probíhající bakteriální infekcí. Často menší, ohraničené defekty kruhovitěho tvaru, s nekrotickou či povleklou spodinou. Jsou silně bolestivé.

- *Ulcerace neoplastické*

Příčinou bývá rozpad nádoru, nebo jeho růst, který vede k porušení integrity tkáně. Zpravidla se do této skupiny řadí maligní nádory, které vyúsťují v ulcerace

(např. bazaliom, spinaliom). Na nádorovou příčinu onemocnění je třeba také myslet u dlouho se nehojících, na léčbu nereagujících ulcerací. (RAMSEY, 1999)

3.3 Diagnostika

K přesnému stanovení příčiny bércového vředu sbíráme anamnézu, provádíme fyzikální, laboratorní i přístrojová vyšetření, zaměřena především na žilní a arteriální systém dolních končetin. (NAVRÁTIL, 2008)

3.3.1 Anamnéza

Anamnézou se rozumí soubor údajů o zdravotním stavu nemocného od narození do okamžiku odběru anamnézy. Anamnestické údaje zjišťujeme pomocí rozhovoru ať už s pacientem, nebo s jeho příbuzným (pokud není pacient schopen přesně popsat své obtíže).

- *Anamnéza osobní*

Z hlediska osobní anamnézy se pacienta ptáme na věk, dietní omezení, příjem tekutin, stav kůže, zátěžové situace, zvládání stresu, operace, úrazy (zejména zlomeniny dolních končetin), ale také chronické onemocnění. U žen gynekologické údaje (např. užívání hormonální antikoncepce, substituce estrogenů). Dále doba trvání a vývoj žilních městků (popřípadě jejich předchozí řešení – sklerotizace, operace), záněty žil, klaudikační bolesti, které předcházely vzniku vředu. Přítomnost otoků a doba, kdy se vyskytují. Průběh a léčba bércových vředů (doba vzniku první ulcerace, četnost recidiv).

Zjištění subjektivních obtíží, jako jsou bolesti nohou, křeče, únava, pocit těžkých nohou, jejich pálení a brnění. V případě, že nemocný udává bolest, zjišťujeme, zda je klidová, či námahová. (ŠAFRÁNKOVÁ, 2006)

- *Anamnéza rodinná*

V rodinné anamnéze zjišťujeme především výskyt cévních onemocnění, diabetu mellitu, kardiovaskulárních onemocnění a obezity a dalších rizikových onemocnění v rodině.

- *Anamnéza sociální a pracovní*

V pracovní anamnéze se ptáme na druh zaměstnání. Práce ve stoje, stejně jako dlouhodobé sezení po většinu pracovní doby mají nepříznivý vliv na žilní návrat v dolních končetinách. Ze sociální sféry nás zajímá zejména kouření, pití kávy, konzumace alkoholu ale i dietní návyky. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

3.3.2 Fyzikální vyšetření

- **Aspekce (vyšetření pohledem)**

Pohledem hodnotíme celkový stav pacienta, konstituci, nutrici, tělesné deformity, asymetričnost, mobilitu. Pozornost věnujeme zejména dolním končetinám. Sledujeme zde výskyt varixů (rozsah a typ), otoků, barvy kůže ale také morfologické změny (pigmentace, ekzémové projevy, jizvy, hypertrofie, atrofie a ulcerace. Aspekci provádíme nejdříve u stojícího nemocného, poté na lůžku v poloze v leže. Při hodnocení ulcerace zaznamenáváme lokalizaci, velikost, okraje (zda jsou hladké, ostré, podminované), tvar (ovál, kruh), charakter spodiny (granulační, epitelizační, povleklá, nekrotická), množství a barvu sekrece, zápach z rány, okolí defektu. (TOŠENOVSKÝ, 2007)

- **Palpace (vyšetření pohmatem)**

Pohmatem hodnotíme především teplotu a turgor kůže, charakter edému a okrajů rány. Dále vyšetřujeme periferní pulsaci na arteriích dolních končetin.

3.3.3 Funkční vyšetření

Funkčním vyšetřením posuzujeme stav žilního řečiště.

- **Trendelenburgův test**

Neboli vyšetření průchodnosti hlubokého žilního systému umožňuje vyšetřit funkci chlopní a lokalizovat oblast insuficientních perforátorů. Pacient při trendelenburgově zkoušce leží v horizontální poloze, zvedne končetinu a jakmile se vyprázdní cévy, přiloží se škrtidlo pod třísem, nad kolenem a pod kolenem. Vyšetřovaný se postaví. Pokud se varikózní žíly na bérce naplní do 30 sekund – je přítomna insuficience spojek na bérce. Po uvolnění škrtidla pod kolenem – insuficience chlopní Vena Saphena parva. Po uvolnění škrtidla nad kolenem – projev insuficience spojek Hunterova kanálu. Po uvolnění škrtidla pod třísem – příznak insuficience chlopní Vena Safena parva. (POSPÍŠILOVÁ, 2001)

- Parthesův test

Vyšetření průchodnosti hlubokých žil a domykavosti spojek. Pod tříselem a pod kolenem se zaškrtní končetina gumovým škrtidlem. Dojde k naplnění povrchových žil a jejich varixů. Vyšetřovaný chodí po dobu dvou minut. Při pozitivním testu se varixy zvětší a nemocný pocítuje bolest v končetině, která potvrzuje uzávěr v hlubokém žilním řečišti a nefunkčnost chlopní.

3.3.4 Laboratorní vyšetření

- Biochemické vyšetření (sedimentace, glykémie, moč)
- Hematologické vyšetření (krevní obraz + diferenciální rozpočet, hematokrit, INR, APTT, v případě trombózy D dimery)
- Mikrobiologické vyšetření (stěry ze spodiny defektu)
- Histologické vyšetření (při podezření na malignitu)

3.3.5 Neinvazivní přístrojová vyšetření

- Dopplerova zobrazovací, pro pacienta bezbolestná metoda, nás informuje o výskytu a lokalizaci nedostatečnosti v povrchovém i hlubokém žilním systému a o rychlosti a směru toku krve. Výsledkem je:
 - Dopplerův spektrální záznam (grafické vyjádření směru toku krve).
 - Duplexní ultrasonografie – hodnotí průchodnost a stlačitelnost žíly (zdravá žíla, jde na rozdíl od žíly vyplněné trombem volně stlačit)
 - Triplexní ultrasonografie (barevné mapování) – se používá u pánevních žil a žil Hunterova kanálu, kde nelze provést stlačení a stanovit stáří trombu. Výsledkem je podélný nebo příčný řez žilou.
- Fotopletysmografie (D – PPG) je funkční vyšetření žilního systému, které zaznamenává odtok žilní krve v klidu a při pohybu za pomoci sond, přiložených nad kotník a na vnitřní stranu bérce. Pokud je přítomna chlopenní insuficience, odtok krve je malý. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)
- CT vyšetření dokáže diagnostikovat trombózu či uzávěr žil.

3.3.6 Invazivní přístrojová vyšetření

- Flebografie neboli rentgenové vyšetření žil jodovou kontrastní látkou zobrazuje průchodnost povrchového i hlubokého žilního systému, včetně spojek. Kontrastní látka se aplikuje pacientovi do žíly, je tedy nutné, aby byl před výkonem lačný.
- Digitální subtrakční angiografie (rentgenové kontrastní vyšetření tepen) nám zobrazuje tepny po intravenózním, či intraarteriálním podání kontrastní látky. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

3.4 Terapie bércevého vředu

Pro správnost léčby bércevého vředu je zjištění příčiny, která vedla k jeho vzniku a její komplexní řešení. Léčba bércevéch ulcerací je dlouhodobá a ekonomicky náročná. Zatěžuje jak pacienta, tak i jeho rodinné příslušníky. Proto se snažíme v co nejkratší době dosáhnout zmenšení postižené plochy či úplného zhojení, a tím i zlepšení kvality života nemocného.

3.4.1 Celková terapie

Celková léčba bércevéch vředů je zaměřena na příčinu bércevého vředu, přidružená onemocnění, kterými pacient trpí (např. ICHS, hypertenze, diabetes), celkový stav pacienta a jeho subjektivní obtíže. Celková léčba provází léčbu lokální.

U bércevéch vředů žilního původu jsou indikována *venofarmaka* - mají protizánětlivý účinek, zvyšují tonus ochablé žilní stěny, snižují její propustnost a tím omezují tvorbu edému. (např. Detralex). Dále *vazodilatancia* - rozšiřují cévy, zvyšují prokrvení a tím okysličení periferních tkání (např. Agapurin). *Prostaglandiny* – látky podobné hormonům, ovlivňují prokrvení. Účastní se imunitních a zánětlivých procesů. *A pentoxyglyliny* - zlepšují krevní průtok tkáněmi (např. Trental)

U bércevéch vředů tepenného původu jsou indikována *antiagregancia* – léčiva zabraňující agregaci krevních destiček a tím vzniku trombů (např. Anopyrin). *Antikoagulancia* – zabraňují tvorbě a narůstání trombů (např. Warfarin), *Vazodilatancia* – rozšiřující cévy (např. Agapurin). (POSPÍŠILOVÁ, Sestra 14, 2004)

Dále je nutné upravit *deficit vitamínů, minerálů a stopových prvků*, které jsou zásadními v procesu hojení ran. Nedílnou součástí terapie je *léčba bolesti*, která je častá zejména u vředů tepenného původu. (ŠVESTKOVÁ, 2007)

3.4.2 Lokální terapie

Cílem místní léčby je zejména podpora granulace a epitelizace vhodným typem léčby. Stejně důležité je věnovat pozornost okolí rány. Proces hojení probíhá ve třech, výše zmíněných fázích a pro každou z nich je zapotřebí odlišná léčba a jiný převazový materiál.

1. Pro čistící fázi je důležité, aby materiál odsával sekret z rány, ale zároveň chránil ránu před vstupem infekce, povzbuzoval přirozenou obranyschopnost a umožnil odstranění odumřelé tkáně bez poškození buněk.
2. Ve fázi proliferace je zapotřebí, aby krytí podporovalo tvorbu nové tkáně tím, že vyrovná hladinu vlhkosti, chrání ránu před vysycháním, funguje jako bariéra proti choroboplodným zárodkům a chrání granulující tkáň před poškozením.
3. V epitelizační fázi je nutné, aby krytí zabraňovalo tvorbě strupu, udržovalo v ráně přiměřeně vlhké prostředí, a podporovalo rychlé dělení buněk pro přirozené hojení rány. (HARTMANN, 2008)

Způsoby ošetřování ran:

Klasická terapie neboli princip otevřeného ošetřování bércových vředů. Při klasickém způsobu ošetřování je velká spotřeba obvazového materiálu. Častou výměnou obvazů je rána vystavena riziku infekce. Z dezinfekčních obkladů klasické léčby se uvádí například Jarischův roztok, hypermanganový roztok, borová voda, Persteril či Rivanol. Z mastí klasické léčby jsou to Kafrová mast (s čistícími účinky), Borová vazelína (baktericidní účinky), Framykoin mast (antibiotické účinky). Masti se mění buď denně, nebo dle množství sekrece z rány i za několik dní. Okolí rány se ošetřuje nedráždivou zinkovou pastou nebo olejem. V případě, že je v okolí ulcerace ekzém, se doporučuje Endiaronová pasta. U klasické léčby je nutné sledovat alergickou reakci, projevující se podrážděním okolní kůže či dermatitidou.

Moderní krytí neboli metoda vlhkého hojení ran využívá fyziologického hojení za vlhkých podmínek, ideálních pro růst granulační a epitelizační tkáně. Mezi specifika vlhkého hojení ran patří udržování stabilní teploty (pokles způsobuje zastavení hojení), nepropustnost krytí pro sekundární infekci, respektování výměny plynů a vodních par (u hlubokých ulcerací se navozuje lehce hypoxické prostředí).

Dále snadná aplikace a snímatelnost krytí. Pro moderní hojení ran je důležité znalost fází hojení. (POSPÍŠILOVÁ, Sestra 14, 2004)

Moderní krytí je různého složení s rozdílným fyzikálním účinkem, podle něhož se dělí do několika skupin:

Enzymatické přípravky - alternativní metoda čištění spodiny vředu hydrolyzujícími enzymy, odstraňují nekrotickou tkáň (např. Iruxol Mono)

Gelové prostředky - rehydratují ránu, čistí spodinu vředů s fibrinovým povlakem (např. Flamigel, Nu Gel, Granugel, Intrasite gel)

Mokrý terapie - Tender Wet polštářky s Ringerovým roztokem ránu čistý, zároveň udržují vlhkost pro správnou granulaci tkáně, zabraňují otoku – nejčastěji se využívají u dekubitů či diabetické gangréně

Antibakteriální a antiseptické prostředky – obvazy napuštěné antiseptickou složkou eliminují nežádoucí bakteriální flóru vředu (např. B Braun, Tendra)

Hydrokoloidní krytí – složeno ze dvou materiálů (vrchní vrstva – polyuretanová pěna - nepropouští vodu), vnitřní část je tvořená hydroaktivními částicemi, které v kombinaci se sekrecí z rány vytvoří gelovou hmotu. Vytvářejí vlhké prostředí důležité pro hojení. Užívají se ve fázi granulace a epitelizace. (např. Comfeel plus, Granulflex, Askina Hydro, Hydrocoll)

Hydroaktivní krytí - polopropustné obvazy z pěnové polyuretanové hmoty, překryty filmem. Ve hmotě je zabudován superabsorbční systém, vstřebávající velké množství sekrece.

Algináty - mají bakteriostatický a hemostatický účinek a jsou vyráběny z hnědých mořských řas (např. Sorbalgon, Algisite M)

Hydropolymerové obvazy - tvořené několika vrstvami se využívají pro podporu granulace a urychlení epitelizace, chrání před infekcí. (např. Corboflex, Aquacel Ag)

Absorbční krytí s aktivním uhlím - je tkanina nasycená aktivním uhlím, absorbuje zápach a čistí ránu (např. Atrauman Ag)

Pěnová silikonová krytí – tvořena z měkké silikonové vrstvy, která snadno přilne k okrajům a zabrání šíření sekrece do okolí (např. Mepilex, Mepitel)

Krytí ze síťových materiálů - tkaniny z bavlny nebo viskózy impregnované masťovým základem (např. IAlugen, Bactigras plus)

Transparentní polyuretanové filmy – film propouští vodní páry a plyny, nepropouští vodu ani bakterie, zabraňuje infekci rány (např. Hydrofilm)

Hydrogely- kompaktní gely sloužící k odstranění suchých nekrotických (Suprasorb, Hydrosorb, Askina Gel), (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Maggot terapie (neboli larvoterapie) patří mezi nejstarší metody, které lidstvo pamatuje. Larvy čistí infikované a nekrotické rány především tam, kde chirurgická a enzymatická léčba selhala. K tomuto typu léčby se užívají sterilní larvy bzučivky zelené (*Lucilia sericata*) a prodyšná nylonová síťka. Živé larvy neporušují zdravou tkáň ani granulace ale rozkládají devitalizovanou tkáň. V ráně se ponechávají 3 – 4 dny. Odstraňují se výplachem rány za pomoci fyziologického roztoku a poté se likvidují jako biologický materiál. Larvoterapie se s úspěchem užívá v řadě zdravotnických zařízení. Balení se zhruba 300 larvami se pohybuje okolo 3200 korun českých. Od roku 2008 jsou larvy hrazeny zdravotní pojišťovnou. (PODRAZILOVÁ, 2009)

3.4.3 Fyzikální terapie

Fyzikální (kompresní) léčba je významnou součástí péče zejména o nemocného, trpícího bérčovými vředy žilního původu. Bez ní nelze očekávat zlepšení stavu onemocnění.

Dle stavu chronické žilní insuficience, fáze a průběhu nemoci, spolupráci nemocného, stavu a rozměru končetin volíme *komprese obinadly, či elastickými punčochami*. Kompresa má za úkol kompenzovat funkce cévního řečiště, mezi které patří zúžení patologicky rozšířených žil, urychlení žilního toku a snížení žilní hypertenze. Správně provedená komprese může zabránit rozvoji lymfatického edému a udržet zmenšený objem končetiny což vede ke stabilizaci stavu končetiny. (BENEŠOVÁ, 2010)

Kompresivní elastické punčochy se nejčastěji používají po zhojení bérčového vředu. Jsou ve formě podkolenek, stehenních punčoch, či punčochových kalhot. Vyrábějí se ve čtyřech kompresivních třídách (KT) dle výše klidového tlaku v oblasti kotníku.

- 1. třída – 15 – 21 mmHg (lehká komprese) – počínající varixy, otoky po námaze, těhotenství

- 2. třída – 23 – 32 mmHg (středně silná komprese) – onemocnění žilního systému (nedostatečnost druhého stupně, flebitidy)
- 3. třída – 34 – 56 mmHg (silná komprese) – choroby mízního a žilního systému (nedostatečnost třetího stupně, posttrombotický syndrom)
- 4. třída – nad 59 mmHg (extra silná komprese) – onemocnění mízního systému (lymfatický otok, elefantiáza)

Elastická obinadla dělíme na krátkotažná a dlouhotažná. Při léčbě bérkových ulcerací aplikujeme výhradně obinadla s krátkým tahem, o šířce 8 – 10 cm. Tato obinadla mají nízký klidový, ale vysoký pracovní tlak, který ovlivňuje hluboký žilní systém. Po přiložení může být ponecháno až tři dny. Obinadla s dlouhým tahem se aplikují až po zhojení ulcerací a to jen přes den. Na noc se musí z důvodu vysokého klidového tahu sejmout. Pro správnou funkci komprese je třeba obinadlo přikládat ráno, před spuštěním končetin z lůžka. Účinný obvaz se přikládá v dorzální flexi v hlezenním kloubu a musí končetinu pevně obepínat. Obzvláště v oblasti kotníku by měl být tlak nejsilnější, směrem ke kolenu by měl polevovat. Končetinu nutno obvazovat celou, od prstů přes patu až po koleno. Komprese se užívá až do zhojení defektu s výjimkou kožních infekcí (např. erysipel, mokvající kožní projevy). (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Přístrojová kompresivní terapie

Pneumatické kompresivní přístroje se užívají k intermitentní kompresivní terapii. Jedná se o vícekomorové návleky s překrývajícími se vaky, které se přikládají na končetiny. Přístroje mají nastavitelný tlak a regulovatelný nafukovací čas. Jednotlivé komorové vaky se v jednotlivých cyklech od periferie k centru plní a naráz vyfukují, čímž ve směru tlakové vlny dochází ke zrychlení krve v krevním řečišti a stimulaci endogenní fibrinolýzy. Terapie je indikována při onemocnění periferních prokrvení u bérkových vředů arteriální či smíšené etiologie. V podtlakové fázi nastává hyperémie, zvyšuje se průtok kapilárami. Ve fázi přetlaku dochází k vytlačování krve z periferního do centrálního oběhu. (POSPÍŠILOVÁ, 2001)

Polarizované záření

V léčbě bérkových vředů příznivě působí polarizované záření (biostimulační lampa, biolampa, Biotron lampa), jehož polychromatické světlo o vlnové délce 500 – 2500 nm působí na strukturu buněčných membrán.

Ovlivňuje buněčný metabolismus a obnovuje funkci enzymů, což vede k urychlení regenerace tkání. Světlo se na ránu aplikuje ve dvou minutových impulzech.

Nepolarizované záření

Další možností léčby bércových ulcerací je nepolarizované záření (horské slunce), jehož ultrafialové záření stimuluje granulaci, epitelizaci a má cirkulační a baktericidní účinky.

Léčba v kyslíkové komoře

Jednoduchá, vysoce účinná léčebná metoda – hyperbarická oxygenoterapie - spočívá v inhalaci čistého kyslíku v léčebných přetlakových komorách při tlaku 2 – 3 atmosfér. Kyslík rozpuštěný v krevní plazmě proniká přes kapiláry do okolních tkání a tím se zlepšuje okysličení poškozených tkání.

Magnetoterapie

Magnetoterapie je fyzikální terapie, která na tkáň působí přes podložky elektromagnetické indukce. Jejími výsledky jsou vazodilatační, analgetické, protizánětlivé, myorelaxační a spasmolytické účinky. Dále zlepšuje perfuzi, aktivuje metabolismus a působí proti vzniku otoků (VODIČKA, 2014)

Rehabilitační gymnastika

Pravidelná chůze by se měla u pacientů trpících bércovými vředy součástí denního režimu. Při chůzi, za podpory kompresivního obvazu se aktivuje svalově žilní pumpa lýtky, která napomáhá návratu žilní krve z periferie k srdci, což vede ke zlepšení oběhu v dolních končetinách. Důležité je během stání či sezení přešlapovat na špičky nohou a kroužit hlezenním kloubem. Dále je vhodné při poloze na zádech simulovat jízdu na kole. Ve spánku v poloze v leže se doporučuje zvýšená poloha dolních končetin alespoň o 10 cm nad polohu těla. Ze sportů vhodných při bércových vředech se doporučuje rekreační turistika, jóga, gymnastika, tanec, plavání a jízda na kole nebo rotopedu. (URBÁNEK, 1965)

3.4.4 Chirurgická terapie

Chirurgická léčba se týká především zákroků na vředu žilního a tepenného původu. Cílem léčby je obnovení přísunu krve do postižené oblasti a tím zlepšení prokrvení končetiny vedoucí ke zhojení rány.

Mezi zákroky na bérceovém vředu patří:

Nekrektomie – radikální chirurgická metoda odstraňující nekrotickou devitalizovanou tkáň.

Exkochleace – Odstranění povlaku obsahujícího mrtvé epitelie, fibrin a bakterie pomocí ultrazvuku či exkochleační lžičky.

Autotransplantace rány dermoepidermálním štěpem – používá se při velkých defektech, neumožňujících spontánní epitelizaci. Provádí se přenesením kůže pacienta (nejčastěji z přední strany stehna) na bérceový vřed.

Zákroky na arteriálním systému:

Endarterektomie – je preventivní chirurgická operace indikována u krátkých stenóz a obliterací, zejména v karotickém řečišti. Vzácněji v oblasti arteria femoralis communis.

Bypass – této operace se využívají u ischemie dolních končetin. Cévní náhradou (štěpem z autologní žíly nebo umělé cévní protézy) se překlene zúžené místo tepny. Přemostění se implantují dle lokalizace obliterace na začátek (proximální anastomóza) uzávěru a pod konec uzávěru (distální anastomóza).

Zákroky na žilním systému:

Stripping vena safena magna – V dnešní době se nejčastěji používá invaginační stripping kdy se do vena safena magne směrem dolů zavede kovový striper, na jehož konci je silné silikonové vlákno. Horní konec sapheny se upevní k vláknu a vena saphena je tahem dolů postupně vytažena.

Laserová operace (EVLT – Endovenose laser therapy) – tepelná destrukce žilní stěny. Do žíly je zavedeno malým řezem nebo vpichem vlákno diodového laseru. Pod kontrolou ultrazvuku vlákno laseru projede celou délkou žíly, která se odstraní. Z vnitřní strany ji zataví a tím se zneprůchodní hlavní žíla, způsobující varixy. Varixy se poté postupně vstřebávají, nebo mohou být z těla vyjmuty.

Radiofrekvence (RFA) – mini invazivní operace varixů radiofrekvenční metodou bez odstranění žilních kmenů. Katétr se zavádí z vpichu u kotníku nebo pod kolenem do povrchních kmenů až do třísla. Pod kontrolou ultrazvuku se kmen uzavře radiofrekvenčním vlněním. (VODIČKA, 2014)

SEPS (Subfascial Endoscopic Perforator Surgery)- endoskopická léčba perforátorů, prováděná v anestézii. Incizí na vnitřní straně bérce se zavede endoskopická kanyla a na monitoru se zobrazí subfasciální prostor. V místě nejvýše uloženého insuficientního perforátoru se začne preparovat céva. Po izolaci perforátoru se začne céva koagulovat. Koagulace musí být dostatečná, při rekoagulaci se céva přeruší. Kanyla se posouvá distálním směrem až do oblasti cockettova perforátoru. Z incizí se proveze stripping a odstranění jednotlivých varikózních větví. (VODIČKA, 2014)

Rekonstrukce a transplantace žilních chlopní

3.5 Faktory ovlivňující hojení

Věk – Stárnutí zpomaluje proces hojení i aktivitu tělesných buněk.

Imunita – Pacient se sníženou imunitou má velký sklon k infekcím, které negativně ovlivňují hojení bérceových vředů.

Výživa – Pro rychlé a snadnější hojení chronických ran je zapotřebí dostatek vitamínů, minerálů a dostatek stopových prvků. Pro hojení jsou potřebné především bílkoviny (zajišťují obranyschopnost organismu), vitamín A (důležitý pro tvorbu vaziva a epitelizaci tkáně) a vitamin K (jehož nedostatek je příčinou zvýšeného krvácení). Dále jsou důležité minerální látky, jako je vápník, hořčík, draslík, měď, zinek a železo. Komplikace hojení se projevují u podvyživených pacientů, ale i u obézních, kteří mají sklon k hnisavým komplikacím. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Přidružená onemocnění – Mnoho nemocných trpí tzv. polymorbiditou, která nepříznivě ovlivňuje hojení. Mezi tyto, takzvaně civilizační choroby patří: hypertenze, ischemická choroba srdeční, revmatoidní artritida, diabetes mellitus či anémie. Nežádoucí účinek při hojení bérceových vředů mají nádorová onemocnění, neboť ovlivňují imunitní systém pacienta. (RESL, 1997)

Léky a návykové látky – Mezi léky nepříznivě ovlivňující hojení ran patří imunopresiva, cytostatika, antiflogistika a glukokortikoidy. Z návykových látek jsou to: alkohol, kouření či drogy.

Místní faktory – Špatně hojivé vředy jsou ty, které jsou způsobeny tepenným uzávěrem a také vředy posttrombotické. Významnou roli zde také hraje lokalizace bérceového vředu (v méně prokrvených oblastech se rány hojí hůře – např. prsty DK), velikost a hloubka

ulcerace, stav spodiny vředu (čistá, granulující, povleklá), exsudace (mokvání bércového vředu zpomaluje jeho hojení), vzhled okrajů rány a n neposlední řadě mikrobiální složka, která může nežádoucím způsobem zasahovat do hojení ulcerace.

Kvalita ošetřování bércového vředu – je dána správností léčby, fází hojení a kvalifikovaným způsobem ošetření. Ránu je potřeba vyčistit ať mechanicky (chirurgickým odstraněním nekrotické tkáně) tak enzymaticky. (HARTMANN, 2005)

3.6 Prevence vzniku bércových vředů

K preventivním opatřením vzniku ulcerací patří odstranění příčiny, rizikových faktorů nebo jejich kompenzace. U bércových ulcerací žilního původu je léčbou odstranění křečových žil nebo jejich nedomykavých míst. V prevenci vzniku a progresu onemocnění je důležité především užívání kompresivních obinadel nebo punčoch a to i v letním období, kdy jsou cévy teplem rozšířeny více, než v zimě. Z tohoto důvodu je vhodné vyhýbat se přímému pobytu na slunci, horkým koupelím či saunám. Nedílnou součástí prevence je pohybový režim, zaměřený na procházky, rekreační sporty, rehabilitační gymnastiku. Důležitý je ale také oddechový režim založený na zvednutí končetin nad úroveň srdce několikrát denně. Dlouhodobé stání či sezení není vhodné. V případě onemocnění křečových žil je vhodné sprchování dolních končetin vlažnou vodou.

Velká pozornost je věnována správnému výběru obuvi a oděvu. Nevhodné jsou ponožky, punčochy či podkolenky zakončené škrťácím okrajem. Boty jsou vhodné pohodlné, měkké, na nižším širším podpatku.

Mezi další opatření řadíme udržení optimální tělesné hmotnosti, odpovídající věku a výšce pacienta. U diabetiků je nutné dbát na příjem správného množství kalorií s omezeným množstvím cukru. U pacientů s tepenným onemocněním je zase potřebné omezit tuky. Důležité je také nekouřit (nikotin způsobuje zúžení cév). Rizikovým faktorem je užívání ženské hormonální antikoncepce. (POSPÍŠILOVÁ, 2004)

Vhodné je proto užívat venofarmaka, která posilují žilní stěnu. O kůži je nutné pečovat, pravidelně ji omývat, hydratovat, masírovat a především kontrolovat.

3.7 Perspektiva onemocnění

Prognózu určuje řada místních a celkových faktorů, jako např. příčina, velikost, hloubka ulcerace, doba jejího trvání, věk a celkový stav nemocného. Pacient ve věku nad 7 let má

horší prognózu. Po úspěšnou terapii je důležitá vhodně zvolená léčba, velkým procentem napomáhá volba moderních krycích materiálů a komplexní přístup k léčbě. Léčba je zdlouhavá a i po zhojení ulcerace je velké riziko recidivy.

4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S BÉRCOVÝM VŘEDEM

Ošetřovatelský proces byl popsán u pacienta E. V., ošetřovaném v domácím prostředí, ke kterému pravidelně dojíždí agentura domácí péče Alice, patřící pod spolek Českého Červeného kříže v Trutnově. Ke zhodnocení pacientova celkového zdravotního stavu byla využita ošetřovatelská a lékařská dokumentace, fyzikální vyšetření, pozorování a samotný rozhovor s pacientem i jeho rodinou. Ke zpracování získaných informací byl využit ošetřovatelský model funkčních vzorců zdraví, jehož autorkou je Marjory Gordonová.

4.1 Anamnestické údaje o nemocném

Tabulka 1 Základní údaje o nemocném

| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Jméno a příjmení | E. V. |
| Pohlaví | Muž |
| Věk | 75 |
| Pojišťovna | 111 |
| Rodinný stav | Vdovec |
| Vzdělání | Lesní mechanik s maturitní zkouškou |
| Povolání | Starobní důchodce |
| Praktický lékař | MUDr. P. H. |
| Kožní lékař | Mudr. I. B. |

Zdroj: autor

Lékařská diagnóza hlavní

Chronická žilní insuficience (ulcus cruris venosum)

Lékařské diagnózy vedlejší

I10 - Hypertenze 1. stupně

E 11 - Diabetes mellitus 2. typu – na dietě

E 66 - Obezita 2. stupně

I 67 - Stav po CMP

4.2 Lékařská anamnéza

- a) Osobní anamnéza: Pacient prodělal v dětství běžné dětské nemoci, úrazy – zlomenina tibie (1955), clavicula (2016). Ve třiceti letech (1971) byl na operaci žlučníku, po operaci prodělal trombózu levé dolní končetiny, následně embolii. Od té doby měl problémy s otékáním obou dolních končetin, měl zřetelné varixy, se kterými chodil na sklerotizaci. Od 45-ti let obezita, od 55-ti let hypertenze. V 66-ti diagnostikován diabetes mellitus a DNA Od té doby na dietě. Stav po CMP (2016). Pacient je stop kuřák (15 let), předtím asi 20 cigaret denně. Alkohol užívá, týdně 5 – 6 piv.
- b) Rodinná anamnéza: Otec zemřel ve 30 letech – úraz, měl velké varixy. Matka trpěla diabetem mellitem II. Typu, měla bérkové ulcerace, zemřela v 65-ti letech na CMP. Sestra 68 let – hypertenze, diabetes mellitus II. Typu. Má dvě děti – syn zdravý, dcera – Ca mammae.
- c) Sociální anamnéza: Pacient je 16 let ve starobním důchodu, do minulého roku byl správcem obecních lesů, čímž si přivydělával. Je vyučen a celý život pracoval jako lesní mechanik. Je vdovec. Žije ve dvougeneračním domě se synem a jeho rodinou. Pacient žije ve spodním patře, zbytek rodiny v horním. Syn a snacha mu pomáhají s veškerou péčí, kterou nemocný potřebuje.
- d) Alergologická anamnéza: Pacient neudává žádné alergie.
- e) Farmakologická anamnéza: Pacient užívá per orální tablety předepisované praktickým lékařem a internistou. Recepty na léky si klient vyzvedává buďto sám, nebo mu s jejich obstaráním pomáhá rodina.

2 Farmakoterapie

| Název léku | Dávkování | Indikační skupina | Způsob podání | Léková forma |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|--------------------|
| Detralex | 1 – 0 - 0 | Venofarmakum | Per os | Potahovaná tableta |
| Warfarin 3 mg | 1 – 0 - 0 | Fibrinolytikum | Per os | Potahovaná tableta |

| | | | | |
|--|------------------|------------------------------------|--------|-----------------------|
| Amicloton 2,5 / 25 mg | 1 – 0 - 0 | Antihypertenzivum | Per os | Potahovaná tableta |
| Milurit 100 mg | 1 – 0 - 0 | Antirevmatikum, Antiflogistikum | Per os | Potahovaná tableta |
| Furon 40 mg | ½ - 0 - 0 | Diuretikum | Per os | Potahovaná tableta |
| Novalgin | Podle potřeby | Analgetikum | Per os | Potahovaná tableta |

Zdroj: autor

4.3 Fyziologické funkce – vyšetření sestrou

Tabulka 3 Fyziologické funkce nemocného

| | |
|-------------------------|---|
| Celkový vzhled: | Obézní, upravený |
| Tlak: | 155/90 mmHg (hypertenze) |
| Puls: | 82/min, pravidelný |
| Dech: | 17/min (eupnoe) |
| Tělesná teplota: | 36,7 °C |
| Stav vědomí: | Plně orientovaný (časem, místem, osobou) |
| Výška: | 185 |
| Hmotnost: | 130 |
| BMI: | 37,9 |
| Mobilita: | Omezená, chůze o jedné FH |
| Dutina ústní: | Protéza horní i dolní, jazyk popraskaný, povleklý |
| Kůže: | Suchá, hematomy na HK |
| Otoky: | Otok LDK od prstů po koleno |
| Defekty: | Na bérce LDK mokvající ulcerace po celém obvodu bérce |

| | |
|------------------------|---------------|
| Krevní skupina: | Nevyšetřována |
|------------------------|---------------|

Zdroj: autor

Místní nález

Na levé dolní končetině je rozsáhlý povrchový bércový vřed lokalizován po celém obvodu bérce. Vřed je povrchový, mokvavý. Na přední straně bérce jsou 3 hlubší ulcerace velikosti 1 x 1 cm, 2 x 1 cm a 3 x 2 cm. Spodina hlubších ulcerací je žlutě povleklá. Okolní tkáň je zbarvená do běla, s hojnou sekrecí. DK je od prstů až po koleno velmi oteklá. Má kontinuální bolesti, zejména v noci. Stupňují se především při převazu.

4.4 Zhodnocení pacienta dle ošetrovatelského modelu Marjory Gordon

- a) Vnímání zdraví – pacient E. V. nevnímá svůj zdravotní stav příznivě. Bércové vředy, se kterými se léčí již 3 roky, narušují jeho každodenní život. Omezují jej v provozování aktivit, které dříve dělal. Pro zlepšení svého stavu ale nedělá nic. Několikrát týdně chodí na pivo, nebo rum do místní hospody. Zde hraje s ostatními karty a popíjí. Zdravou stravu taktéž nedodržuje, často chodí na obědy do restaurace, nejraději ze všeho má buček nebo smažený řízek. Pokud nejde na oběd, dává si doma studené jídlo, většinou pečivo se salámem. Léky užívá pravidelně, sám od sebe si kupuje vitamíny. V poslední době je nahněvaný na svou kožní lékařku, myslí se, že je pro ní jen pokusným králíkem, protože žádná předepsaná léčba na jeho vředy nefunguje. Domnívá se, že lékařka nemá tolik zkušeností a tak přemýšlí o přestoupení k jiné kožaře.
- b) Výživa a metabolismus – pacient nedodržuje téměř žádnou životosprávu. Jí nepravidelně, velké porce. Nejraději má smažené a tučné jídlo, uzeniny. Přes víkend mu obědy a večeře chystají potomci, v týdnu se ale často stravuje v restauracích, nebo se dobývá studenými pokrmy. Často si ale kupuje ovoce a zeleninu, kterou jí taktéž ve velkém množství. Pitný režim se snaží dodržovat, nejde mu ale vypít více, jak 1 a ½ litru tekutin. Pán měří 185 cm, váží 130 kg. Jeho body mass index je 37,9.
- c) Vylučování – pacient se vyprazdňuje na toaletě. S vyprazdňováním problémy nemá, na stolici chodí pravidelně – 1x denně.

Potíže při močení také neudává, pálení či řezání nepocítuje, na toaletu stihne bez problému dojít. Inkontinenční pomůcky nemá. Na noc má u lůžka raději

močovou lahev, téměř vždy to ale stihne dojít na záchod. Ve stolici ani v moči nejsou patrné žádné patologické látky.

- d) Aktivita a cvičení – pacient hrával v mládí fotbal, v zimě chodil pravidelně na běžky. Nyní se snaží chodit po zahradě, na jaře a v létě se stará o zeleninu, kterou si sází a pěstuje pro celou rodinu. Vidí v tom smysl, má radost, když vidí, že vnoučata přijímají vitamíny. Chůze mu již jde pomaleji, opírá se o jednu francouzskou hůl. Pokud potřebuje o pár metrů dál do obchodu, pěšky nechodí. Jezdí autem.

V ohledu sebepéče se snaží, co jen to jde, aby vše zvládl sám. Nechce být dětem velkou přítěží. Při příchodu k pánovi je vždy upravený, zastříhnuté fousy, umytý. Každý měsíc dochází ke kadeřnici. Každých šest týdnů jezdí na pedikúru. Prostředí v bytě je čisté, vždy se snaží mít uklizeno. Zvládá si prát, žehlit. Jen s umytím oken a podlahy pomáhá snacha.

Ve svém volnu se nejvíce věnuje zahradce, o víkendech mívá zkoušky s orchestrem, ve kterém stále hraje na saxofon. Několik dní v týdnu chodí do hospody na karty, nebo kostky.

- e) Spánek a odpočinek – pacient trpí nekvalitním spánkem již řadu let. Večer, až do noci sleduje sportovní přenosy, poté usne, od třetí hodiny ranní se již ale opět probouzí a cítí se odpočatý. Nejčastěji vstává již mezi 5 – 7 hodinou ranní. Přes den je poté unavený, snaží se ale nechodit si lehnout, má strach, že by to bylo v noci ještě horší. Léky na spaní kategoricky odmítá.
- f) Vnímání – poznávání – pán je plně orientovaný místem, časem i osobou. V poslední době se mu zhoršuje sluch, brýle na čtení nosí již řadu let. Odhaduje tak 15 let. Pacient si rád čte, zajímá se o války a historii, baví ho zeměpis. Stále studuje atlas, nebo sleduje cestopisné dokumenty.
- g) Sebepojetí – v mládí byl optimistickým extrovertem, stále jezdil po výletech, scházel se s kamarády, a vysedával na pivu. K manželce se dle svých slov moc hezky nechoval, často jezdil s kamarády nebo s kapelou na víkendy do jiných měst. Často sváděl jiné ženy.

Nyní na svůj život už moc vesele nehledí, vyčítá si své chování. Zejména proto, že manželka pro něj i pro děti dělala maximum, musela je vychovávat sama a on si užíval života.

Aktuálně má poruchu sebepojetí především z důvodu zapáchající ulcerace. Má strach chodit mezi lidmi, bojí se, aby nebyl cítit. Také mu vadí chůze o holi, obává se, že se za ním každý otáčí a posmívá se mu.

- h) Plnění rolí, mezilidské vztahy – pacient je již 16 let ve starobním důchodu, ke kterému si ale ještě do minulého roku přivydělával správčovstvím v obecních lesích či vyvážením dřeva z lesa. Správce v obecních lesích dělal necelých 25 let, velice ho to bavilo. Má dvě děti, čtyři vnoučata a jedno pravnouče. Se synem a jeho rodnou žije v domě, dcera žije ve vedlejší vesnici. Obě děti mu aktivně pomáhají se vším, co pán potřebuje. Převážně jde o úklid, o víkendu mu vaří. Pokud se pán necítí dobře, zařizují mu léky i vyšetření.
- i) Sexualita – klient má 2 zdravé děti, které počal přirozenou cestou. Posledních 7 let již pohlavním životem nežije.
- j) Stres – se stresem se pacient nevyrovnává snadno. Je pro něj důležité vědět vše do předu, mít vše naplánované. Jakékoli vybočení je pro něj zátěžovou situací, kterou nelibě nese. V minulém roce pro něj byla nejtěžší smrt manželky, se kterou se do dnes nevyrovnal. Byl s ní od svých 18 let. Nemůže si na tuto situaci zvyknout. Podporou jsou mu dcera se synem a vnoučata, se kterými se klient snaží trávit co nejvíce času. V posledních měsících se těžce vyrovnával se zápachem vycházejícím z mokvajících rány, byl nervózní, měl strach chodit do společnosti, aby nebyl cítit.
- k) Víra, životní hodnoty – Pan E. V. věří v boha. Dříve, s manželkou chodil pravidelně do kostela. Od její smrti již na bohoslužby nedochází. Nejdůležitější hodnotou je pro něj funkční a zdravá rodina.

4.5 Situační analýza

Pacient si před třemi lety při těžení dřeva v lese způsobil tržnou ránu na holeni. Nevšiml si tahajícího traktoru, který měl natažené lano, zakopl o něj a způsobil si ránu o délce

zhruba 5 ti centimetrů. Rána se dlouho nehojila, často hnisala, k lékaři nešel. Snažil se o léčbu sám se ženou, v domácích podmínkách. Později se mu zdála již rána klidná. Začal chodit ke zvířatům. Asi o týden později začala, v té době již menší rána (dlouhá cca 2 cm), opět hnisat. Noha byla zarudlá, okolí bolestivé. Šel proto k obvodnímu lékaři, který mu naordinoval antibiotika (Augmentin 625 mg), a převazy 3x týdně domácí zdravotní službou. Pán si ale nechtěl domů nikoho pustit, rozhodl se proto převazovat si ránu lékaře sám. Na doporučení praktického lékaře si defekt ošetřoval betadine roztokem, poté aplikoval betadine mast. Rána se ale nehojila, naopak se zvětšovala. Znovu mu byla cestou praktického lékaře doporučena domácí péče a návštěva kožní lékařky.

V evidenci domácí zdravotnické péče je na žádost praktického lékaře od ledna roku 2016. Při první návštěvě byl na levé dolní končetině vřed o velikosti 2 x 4 cm. Spodina defektu byla žlutě povleklá. Kůže obou končetin byla hnědá, šupinatá, suchá. Dolní končetiny byly obě oteklé, levá více. Pacient od prvopočátku nedodržel léčebný režim. Neužíval léky, bandáže pro něj byly zbytečností. Stále chodil po městě nebo seděl u televize. Dát dolní končetiny nad úroveň srdce během dne jej ani nenapadlo. V květnu následujícího roku pacientovi zemřela žena, ztratil vůli a léčebný režim přestal dodržovat úplně. Ob den chodil do restaurace, kde vypil několik piv, či panáků rumu za večer. Defekt se rozšiřoval, levá dolní končetina otékala čím dál více. Po konzultaci kožní lékařky byl pacientovi doporučen obklad s Rivanolem pro zastavení sekrece. Defekt se zklidnil, sekrece ustala. Do hlubokých defektů se aplikovala Rivanolová mast. Po několika měsících přestala léčba fungovat. Poté léčba změněna, na defekty se aplikovaly Aquacel mřížky, defekt se opět zvětšil, začal mokvat. Následovala další změna, defekt se ošetřoval microdacyn sprejem, přikládaly se hydroclean polštářky. Defekt začal zapáchat, byl s hojnou sekrecí. Krytí bylo do následujícího rána vždy zcela promočené, včetně elastické bandáže, pacient měl mokré boty. Po konzultaci s kožní lékařkou se začaly znovu dávat rivanolové obklady, kůže se zatáhla, přestala mokvat. Na přední straně bérce zůstal jediný defekt o velikosti 2 x 3 cm, na který se nadále přikládá obklad s rivanolem, poté se oplachuje Prontosan roztokem, do defektu aplikace Prontosan gelu. Doporučena elastická bandáž třemi krátkotažnými obinadly.

4.6 Lokální ošetření ulcerace

Převazy defektů levé dolní končetiny jsou ordinovány praktickým lékařem na základě žádosti kožní lékařky jedenkrát denně, každý den.

Toaletu ulcerací provádíme nejprve osprchováním končetiny vodou, končetinu se snažíme otužovat. Poté přiložíme na vřed obklad s Rivanolem po dobu 15 ti minut. Následně oplachujeme Prontosan roztokem. Okolí vředů ošetřujeme ochrannou pěnou Alpresan, chodidlo promazáváme měsíčkovou mastí. Do defektu střídavě aplikujeme Prontosan gel, s míchanou mastí. Přiložíme sterilní krytí, sací vrstvu, zafixujeme obinadlem. Provedeme bandáž levé dolní končetiny od prstů pod koleno třemi elastiky. Pravá dolní končetina promazána ochrannou Dexeryl mastí. Natáhnutí elastické punčochy.

Tabulka 4 Léčiva v boji s ulcerací

| Léčivo | Indikační skupina | Léčivá látka |
|----------------------------|------------------------|--------------|
| Prontosan roztok | Dezinfekční roztok | Polyhexanid |
| Prontosan Wound gel | Hydrogel | Polyhexanid |
| Rivanol 1% roztok | Antimikrobiální roztok | Rivanol |
| Alpresan pěna | Ochranná pěna | |
| Dexeryl mast | Ochranná mast | |

Zdroj: autor

4.7 Ošetřovatelské diagnózy

Nynější ošetřovatelské diagnózy

- Akutní bolest v důsledku ošetření bércových vředů
- Chronická bolest z důvodu žilní insuficience
- Porucha integrity kůže v důsledku poruchy odtoku krve v žilním řečišti
- Únava a snížená výkonost z důvodu nekvalitního spánku zapříčiněného chronickými bolestmi
- Porucha sebepojetí z důvodu zapáchající vředu

- Porucha soběstačnosti z důvodu omezené mobility
- Nedostatek informací týkajících se výživy, vyprazdňování a rehabilitačních cvičení v souvislosti s onemocněním.

Potenciální ošetrovatelské diagnózy

- Riziko vzniku infekce z důvodu porušené kožní integrity

4.7.1 Aktuální diagnózy

a) Akutní bolest v důsledku ošetření bércových vředů

Pacientovi předložena vizuální analogová škála, na barevném pravítku od 0 do 10 mohl pán zaškrtnout intenzitu bolesti. Nula přitom znamenala žádnou bolest, stupeň 10 bolest nesnesitelnou. Pacient svou bolest při převazech hodnotil stupněm 6.

Cíl

- Krátkodobý – Pacient svou bolest při převazu hodnotí alespoň o dva stupně mírnější.
- Dlouhodobý – Převaz je pro pacienta téměř, nebo zcela nebolestivý.

Plán péče

- Zmírnění, či utlumení bolesti podáním analgetik 30 minut před převazem
- Zvolení úlevové polohy
- Šetrné snímání obvazů, aby nedošlo k poškození granulující a epitelizační tkáně
- Změna oplachu defektů z Microdacin roztoku na Prontosan roztok
- Změna krytí z Hydroclean polštářků na Prontosan gel, střídavě s míchanou mastí
- Snažit se odvádět pozornost od převazů

Realizace

- Po předchozí domluvě s praktickým a kožním lékařem klient užívá 30 minut před převazem ½ tablety Novalginu. Klient sedí při převazu v křesle, dolní končetinu má ve zvýšené poloze na židli. Krytí je snímáno opatrně, nejprve odmočení krytí aplikací Aqua pro injekce na krytí. Po navlhčení jdou mulové čtverce šetrně sejmout. Na ránu se přikládají prontosan obklad, který působí 15 minut. Poté ránu a její okolí jemně, ale důsledně zbavujeme mastí a nečistot. Ránu přikládáním mulových čtverců opatrně vysoušíme, nestíráme, abychom nepoškodily nově utvořenou tkáň. Okolní kůži promazáváme Alpresan diabetic pěnou, která okolí defektů chrání. Ránu vyplňujeme střídavě Prontosan gelem, nebo míchanou mastí z lékárny. Přiloženo sterilní krytí, sací vrstva, fixace lehce připevněným obinadlem. Poté aplikace elastické bandáže, za pomoci tří krátkotažných obinadel. Bandáž je provedena od prsů pod koleno. Během převazu se snažíme odvést pozornost komunikací s pacientem, zejména o orchestru, ve kterém hraje, nebo o zahrádce, která je jeho životní vášní.

Hodnocení krátkodobého cíle

Užíváním ½ tablety Novalginu před převazem, pacient udává zmírnění bolesti minimálně o tři stupně. Bolest nyní na analogové škále hodnotí stupněm číslo 3. Krátkodobý cíl byl splněn.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Tento cíl byl splněn částečně. Pacient užíváním ½ tablety Novalginu udává zmírnění bolesti, né bezbolestnost.

b) Chronická bolest z důvodu žilní insuficience

Pacient E. V. udává stálou bolest LDK, na vizuální analogové škále by jí průměrně hodnotil stupněm 3.

Cíl

- Krátkodobý – pacient vyzařuje verbálně i neverbálně úlevu, na škále bolesti udává její zmírnění alespoň o 1 stupeň.
- Dlouhodobý – Pacient v noci klidně spí, nebudí se bolestmi. Přes den vykonává běžné aktivity bez omezení. Mění svůj životní styl.

Plán péče

- Důkladně posoudit bolest a její projevy
- Edukovat pacienta o nefarmakologických metodách zvládnání bolesti
- Zajistit podávání léků dle ordinace lékaře
- Průběžné hodnocení plánu léčby bolesti, sledování účinnů medikamentů
- Zajistit polohovatelné lůžko

Realizace

Pacient udává stále bolesti defektu LDK, stupňující se zejména při převazu, či dlouhodobém stání. Během dne pacient určuje svou bolest průměrně stupněm 3, při převazu stupněm 6. Bolesti pacienta omezují v běžné denní aktivitě, i ve spánku. Po konzultaci stavu pacienta s praktickým lékařem, byl naordinován Tramal tbl 2x denně. Jednu tabletu ráno po snídani, druhou těsně před spaním. Před převazem nadále užívat ½ tablety Novalginu. Naordinování analgetik si pán pochvaluje, cítí se mnohem lépe, v noci většinou spí. Pacient si našel úlevovou polohu v křesle, s dolní končetinou elevovanou na židli, občas si přikládá chladné obklady. Rodina společně s praktickým lékařem zajistila vypůjčení polohovacího lůžka z Hospicu z Červeného Kostelce. Pán si pochvaluje možnost zvednutí končetin nad úroveň srdce. Končetinu si podkládá paměťovým polštářem. Přes den se snaží elevovat končetinu a relaxovat.

Hodnocení krátkodobého cíle

Pacient užíváním analgetik, chlazením a elevací končetiny udává zmírnění bolesti o 2 stupně. Cíl byl splněn.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Pan E. V. se snaží změnit svůj životní styl, přes den odpočívá, snaží se nechat dolní končetinu zabandážovanou celý den. Občas také cvičí, Zkouší se naklánět na špičky a na paty. V noci se mu zdá, že je spánek o mnoho kvalitnější, někdy se nebudí vůbec, většinou ho probouzí nutkání na močení. Cíl byl splněn.

c) Porucha integrity kůže v důsledku poruchy odtoku krve v žilním řečišti

Vlivem městnání krve ve venózním řečišti došlo k porušení kožní integrity a následnému vzniku bércové ulcerace na levé dolní končetině. Působením hojné sekrece došlo k maceraci kůže a plošnému rozšíření vředu.

Cíl

- Krátkodobý – Dolní končetina je bez otoků, sekrece je přiměřená, nedochází k dalšímu šíření defektu.
- Dlouhodobý – Dolní končetina je bez otoků, okolí defektu klidné. Na ulceraci je patrná známka granulace, popřípadě epitelizace.

Plán péče

- Konzultovat s kožním lékařem zavedení aplikace obkladu s Rivanolem během převazu, změnu Hydroclean krytí na Prontosan gel
- Při převazu postupovat dle ordinace lékaře: sprchování ulcerace vodou, aplikace Rivanolového obkladu, okolí vředu natírat sudokrémem pro ochranu okolní kůže před sekrecí, zbylou část bérce promazávat Alpresan diabetic pěnou, do ulcerace aplikovat Pontosan gel, střídavě s dělanou masťou. Chodidlo a patu promazávat Dexeryl masťou, střídavě s masťou měsíčkovou. Převazy provádět denně.
- Dodržovat ošetrovatelské postupy a zásady asepse
- Ránu ošetrovat jemně, nezpůsobit traumatizaci rány
- Pravidelně popisovat kožní lézi do dokumentace ran, její velikost, tvar, hloubku, spodinu, infekci, bolestivost, zápach vycházející z rán.
- V případě známek infekce (zarudnutí, otok, bolest) informovat ošetroujícího lékaře
- V případě ordinace lékaře, provést bakteriologický stěr z rány
- Edukovat pacienta o správném přiložení elastické bandáže, o elevaci končetiny, o správné výživě.

Realizace

Po konzultaci s lékařem postupujeme podle nově zvolené léčby. Během převazu dodržujeme zásady sterility. Hodnotíme množství sekrece z rány, vzhled defektů a okolí. Krytí je prosáklé silně zapáchající sekrecí, nažloutlé barvy. Na levé dolní končetině je rozsáhlý bércový vřed lokalizován po celém obvodu bérce. Vřed je povrchový, s hojnou sekrecí. Na přední straně bérce jsou 3 hlubší ulcerace velikosti 1 x 1 cm, 2 x 1 cm a 3 x 2 cm. Spodina hlubších ulcerací je žlutě povleklá. Levá dolní končetina je oteklá od prstů až po koleno. Po šetrném sejmutí krytí ránu osprchujeme vodou, následně přiložíme na 15 minut obklad s Rivanolem. Po uplynutí 15ti minut obklad sejmeme, defekt opatrným přikládáním mulových čtverců omýváme Prontosan roztokem. Následuje promazání okrajů vředu sudokrém mastí, pro ochranu okolní kůže před mokváním. Zbylou oblast bérce promazáváme Alpresan diabetic pěnou, chodidlo a patu promastíme měsíčkovou mastí. Do defektu aplikujeme přiměřené množství sterilního Prontosan gelu, který má čistící a zvlhčující účinky na hluboké rány. Prontosan Wound gel brání vzniku biofilmu na spodině defektu. Přiložíme sterilní mulové čtverce, velkou sací vrstvu, zetuvit, zafixujeme mulovým obinadlem. Poté provedu bandáž levé dolní končetiny od prstů po koleno. Během převazu znovu edukujeme pacienta o nutnosti kompresivní terapie, o stravě bohaté na bílkoviny, která podporuje granulaci tkáně a také o výběru vhodné obuvi. Po odchodu od pacienta provádím zápis do dokumentace ran.

Hodnocení krátkodobého cíle

Po několika dnech přikládání Rivanolového obkladu je patrna zmenšující se sekrece z rány, pacientovi stačí menší sací vrstva. Spodina defektu je čistá, růžová, bez povlaků. Okolí defektu je klidné, bez zarudnutí, bez známek infekce. Otoky se přikládáním kompresivní bandáže a častou elevací končetiny i během dne zmenšují. Ošetřovatelský cíl byl splněn.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Došlo k vyhojení okolí bércových vředů. Dvě ulcerace epitelizují, zbývá jedna o velikosti 2 x 1 cm přítomna na přední straně bérce, kde jsou patrné granulační ostrůvky. Rána je s minimální sekrecí, při převazu bez mechanického poškození, nekrvácí. Okolní kůže je nyní bez sekrece. Cíl byl splněn.

d) Únava a snížená výkonost z důvodu nekvalitního spánku zapříčiněného chronickými bolestmi

Pacient E. V. udává pocit únavy. Vyčerpává ho téměř každá denní činnost. Během většiny činností si musí jít odpočinout. Někdy mu stačí, se na chvilku posadit, jindy si musí jít na chvíli lehnout do lůžka. Často se stává, že při příchodu sestry, v 9 hodin ráno, pán spí u stolu a příchod cizí osoby do domu vůbec nevnímá. V noci se často budí bolestmi, jindy potřebuje na toaletu. Poté má problém znovu usnout.

Cíl

- Krátkodobý – Pacientovi netrvá usínání déle než 35 minut. Spí klidně, v noci se probouzí minimálně. Chronická bolest dolních končetin je na škále bolesti snížena alespoň o 2 stupně.
- Dlouhodobý – Pacient spí v noci klidně, bez častějšího probouzení. Ve dne je odpočatý, nepocítuje únavu. Bez problému zvládá běžné denní aktivity.

Plán péče

- Rozhovorem s pacientem a jeho rodinou zjistit kvalitu spánku, zvyky prováděné před spaním, příčiny narušující spánek
- Po předchozí dohodě s praktickým lékařem podat těsně před spaním 1 tbl. Novalginu na utlumení bolestí dolních končetin
- Vyzkoušet uklidňující bylinné čaje, např. z meduňky nebo heřmánku před spaním
- Edukovat pacienta o klidovém režimu před spaním, vyvětrání prostor, snížená teplota topení v místnosti, elevaci dolních končetin
- Vyloučit povzbuzující látky v odpoledních a večerních hodinách (káva, černý čaj)
- Omezit příjem tekutin před spaním
- Zajistit užívání diuretik v ranních hodinách
- Každé odpoledne si chvilku odpočinout v leže na lůžku

Realizace

Rozhovorem s pacientem a jeho rodinou jsme zjistily, že pán i přes únavu, která se dostavuje okolo půl 9 večer, chodí spát až okolo 12té hodiny noční. Od půl 9 ale často

usíná při sledování televize. Po přesunutí se do lůžka už nemůže usnout, cítí se nervózní. Často si pouští rádio a poslouchá hudbu. Poté usíná, až okolo 1 hodiny ranní. Spí tak do půl 4, kdy ho vzbudí bolest dolní končetiny a nutkání na toaletu. Po ulehnutí už nemůže znovu usnout, trápí ho bolesti, pro které chodí po bytě. Pokud se mu po delší době podaří usnout, za pár minut se budí znovu. To trvá až do půl 7 ráno, kdy vylézá z lůžka, jelikož slyší vstávat vnoučata do školy a jde jim pomoci přichystat snídani. Poté se nasnídá a ještě chvíli se jde natáhnout. Pacient po doporučení sestry vyzkoušel pití bylinného čaje ve večerních hodinách. To mu ale nevyhovovalo, častěji musel chodit na toaletu. Po dohodě s praktickým lékařem začal pacient užívat 1 tbl. Novalginu před spaním. Snaží se vyloučit povzbuzující nápoje v odpoledních a večerních hodinách, mezi které patří zejména černý čaj a káva, kterou má pán v oblibě. Pán by znovu edukován o nutnosti snížení příjmu tekutin před spaním, provozování pouze klidových aktivit, mezi které patří četba či poslech uklidňující hudby. Dále aby si vyvětral místnost, ve které spí, a snížil teplotu topení. K elevaci dolních končetin mu rodina pořídila polštář z paměťové pěny, kterým si končetiny podkládá.

Hodnocení krátkodobého cíle

Pacientovi nadále usínání trvá dlouhou dobu, v noci se probouzí méně než dříve. Dolní končetiny ho po užití Novalginu bolí průměrně stupněm číslo 2 na škále bolesti. Někdy je bolest silnější. Cíl byl splněn částečně.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Pacient večer dlouho usíná, po upadnutí do spánku se budí maximálně 1x v noci na toaletu. Po vymočení jde rovnou do lůžka, kde do 10 minut znovu usne. Ráno vstává s vnoučaty, je zregenerovaný, odpočatý. Po odchodu vnoučat do školy už si nelehá, nasnídá se a jde se projít po zahradě. Po obědě se snaží jít si na hodinu odpočinout do lůžka. Začaly ho zajímat cestopisy a tak sleduje televizi, někdy u nich usne. Cítí se poté lépe. Je v lepší náladě. Cíl byl splněn.

e) Porucha sebepojetí z důvodu zapáchající vředy

Pacient je ve špatném psychickém stavu. Trápí ho zapáchající vřed s hojnou sekrecí. Když jde mezi lidi, třeba na karty, stává se, že se mu sekret nasákne i do nohavice od kalhot, velice to zapáchá. Má strach, aby to necítili ostatní v jeho okolí, proto se s okolím přestává setkávat, a když jde, tak jen na chvíli. Velice mu to chybí, byl zvyklí být stále mezi lidmi.

Nejhorší na něj je, že na zápach upozorňuje i jeho rodina, která mu často říká, ať vyvětrá, nebo si převlékne oblečení za čisté.

Cíl

- Krátkodobý – pacient je v lepší psychické pohodě, dokáže o svých problémech mluvit.
- Dlouhodobý – pacient se zbaví strachu z reakce blízkých i širšího okolí a zpět se zařadí do společnosti

Plán péče

- Zjistit pacientovi pocity
- Společně s rodinou vymyslet vhodný způsob jednání s pacientem, vyřešit jeho oblékání
- Připomenou pacientovi, co pro své blízké znamená
- Mluvit s pacientem o jeho problémech

Realizace

Opakovanými rozhovory jsme zjistily, že má pán velký strach z vycházejícího zápachu z rány. Začal se proto stranit svých blízkých i kamarádů, přestal jezdit na nákup. Ani mu tolik nevadí, že mu promoká sekret, spíše mu vadí zápach, bojí se, aby si okolí o něm nemyslelo, že je, jak sám říká: „špindíra“, že se nemyje, nepere si věci. Také se bojí, aby kvůli zápachu, který je cítit po celém domě, na něj nebyla rodina naštvaná a nestyděla se za něj. Syn, po domluvě se sestrou, začal chodit každý den k otci na kávu, chvíli si s ním povídá. Snaží se mu vysvětlit, že zápach není nijak silný, a převlékání je nutností. Syn otci vysvětlil, že se za něj nestydí on, ani jeho rodina, naopak jsou rádi, že ho mají, a váží si všeho, co pro ně udělal a dělá i nadále. Snaží se mu připomenout, jak je statečný. Pán měl stále strach, jak defekt vypadá. Po domluvě s pánem ulceraci každý týden fotíme na mobil, fotku poté tiskneme. Pán si sám pro sebe vede dokumentaci, ve které si může zhodnotit, zda se mu rána zmenšuje, či nikoliv. Dalším úspěchem byla dohoda se snachou, že pokud bude pán někam chtít jít a krytí bude prosáklé, snacha mu vymění sací vrstvu za novou. Edukace rodiny o správném přiložení kompresivních bandáží.

Hodnocení krátkodobého cíle

Pacient se naučil otevřeně hovořit se svou rodinou na téma bércových vředů, ale i o jejich zápachu. Zjistil, že měl zbytečný strach, že zápach vycházející z rány není až tak pronikavý, jak si myslel a vůbec neobtěžuje ani rodinu, ani jeho přátele. Cíl byl splněn, pán je veselejší.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Pán, již beze strachu, začal zase chodit mezi své přátele. Dál chodí hrát do orchestru jako saxofonista, ale také dochází za kamarády zahrát si kostky nebo karty. Vypadá spokojenější než dřív. Cíl byl splněn.

f) Porucha soběstačnosti z důvodu omezené mobility

Pacient trpí sníženou mobilitou zejména z důvodu obezity, která mu nedovoluje se ohýbat. Při dlouhodobém stání, či chůzi je snadno unavitelný, zadýcháný. Během denních aktivit s musí často odpočnout.

Cíl

- *Krátkodobý – zajištění pomoci rodiny v aktivitách, které pán nezvládá*
- *Dlouhodobý – udržení maximální mobility*

Realizace

Po dohodě se snachou mu rodina začala více pomáhat. Nyní už vědí, že si pacient nezvládne sám vytrít, nebo vyžehlit, proto se mu snaží v těchto aktivitách co nejvíce pomoci. Domácí pečovatelskou službu zatím odmítají, snaží se pána vést k samostatnosti, vše ho nechávají vyzkoušet a udělat, až později, pokud vidí, že mu to nejde, jsou poblíž s pomocí. Pán začal na oplátku pomáhat snaše, když mu připraví seznam, zajede jim na nákup, pokud mu řekne, připraví pomazánku, nebo namaže večeři. Hlavně se snaží svůj cíl splnit.

Hodnocení krátkodobého cíle

Krátkodobý cíl byl splněn, rodina aktivně pacientovi pomáhá se vším, co pán sám nezvládne. Na druhou stranu se ale snaží udržet dosavadní soběstačnost. A zapojují jej, v co největší míře při komplexní ošetrovatelské péči i v péči o domácnost a zahradu.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Komplexní ošetrovatelská péče je zajištěna rodinou v potřebném rozsahu. Soběstačnost klienta je udržována stále ve stejné fázi.

g) Nedostatek informací týkajících se výživy, vyprazdňování a rehabilitačních cvičení v souvislosti s onemocněním.

Cíl

- *Krátkodobý – Pacient zná jednotlivé zásady výživy, vyprazdňování a rehabilitačních cvičení.*
- *Dlouhodobý – Pacient dodržuje jednotlivé zásady výživy, vyprazdňování a rehabilitačních cvičení.*

Realizace

Opakovanými rozhovory jsme získaly pacientovi znalosti o zásadách výživy u warfarinizovaného pacienta, o zásadách výživy ovlivňující hojení ran a o faktorech ovlivňujících zácpu, dále také o rehabilitačním cvičení na dolní končetiny.

Pán byl znovu edukován o potravinách, vhodných při jeho léčbě warfarinem. Účinnost Warfarinu je založena na blokování účinku vitamínu K, a proto záleží na jeho přijímání stravou. Při nadměrném přísunu vitamínu K dochází ke vzniku trombů, při minimálním přísunu vitamínu K dochází k nadměrnému naředění krve. Proto je důležité přijímat vitamin K ve stejných dávkách. Vhodné je zařadit do stravy vepřové maso, řepkový či slunečnicový olej. V oleji olivovém je množství vitamínu K zvýšené. Dále je důležité se vyhýbat zvýšenému množství listové zeleniny, jako je květák, pórek či brokolice. Velké množství vitamínu K je především v kvašené listové zelenině, jako je kysané zelí. Vhodný je přísun kořenové zeleniny, ovoce, luštěnin, cereálií a mléčných výrobků. Vaječný žloutek je povolený jeden denně.

Pro příznivé ovlivnění hojení ran se doporučuje přijímat všechny potravinové složky v přiměřeném množství. Nutný je také dostatečný příjem tekutin (zajišťují správné napětí a prokrvení kůže a jsou prevencí proti jejímu mechanickému poškození). Strava by měla obsahovat dostatek energie (zajišťuje správné fungování imunity a zajišťuje novotvorbu tkáně, jež ránu uzavírá) a plnohodnotných bílkovin (tvoří novou tkáň, a zajišťuje ochranu poškozeného místa před infekcí), které jsou obsaženy v mase, mléčných výrobcích. Důležité jsou také vitaminy a minerální látky.

V případě zácpy je třeba zvolit především stravu bohatou na vlákninu a dostatečným příjmem tekutin. Z mléčných výrobků jsou vhodné zakysané produkty a jogurty. Ze zeleniny je vhodné konzumovat rajčata, řepu, papriky a okurky. Vhodným je ovoce se slupkou, jako jsou švestky, třešně, meruňky, fíky či pomeranče.

Rehabilitační cvičení nezahrnuje pouze pohybová cvičení ovlivňující žilní průtok ale také informace vztahující se k odpočinku. Pacient by měl odpočívat s dolními končetinami ve vodorovné nebo mírně zvýšené poloze. DK by se měli masírovat od kotníků ke kolenům. Nutné je vyvarovat se dlouhodobému stání nebo sezení bez pohybu nohou. Doporučuje se přiměřená pohybová aktivita (procházky, rekreační jízda na kole). Pánovi i jeho rodině byly názorně předvedeny cviky na dolní končetiny ve stoje, vsedě i vleže. K tomu jim byl předán jednoduchý leták, kde jsou veškeré cviky nakresleny a popsány. *Viz příloha č. 1.*

Hodnocení krátkodobého cíle

Krátkodobý cíl byl splněn. Pacient zná zásady diety, kterou by měl užívat. Ví, jak předejde zácpě, a zná cviky, které jsou vhodné k posílení krevního žilního oběhu.

Hodnocení dlouhodobého cíle

Tento cíl byl splněn částečně. Pacient veškeré zásady zná, ne vždy je ale dodržuje. Především se stále přejídá. Jí, na co má právě chuť, bez jakéhokoliv omezení. Rehabilitační cvičení, včetně odpočinku během dne se snaží dodržovat. Zjistil, že má nohy mnohem méně oteklé a má z toho radost.

4.7.2 Potenciální diagnózy

a) Riziko vzniku infekce z důvodu porušené kožní integrity

Pacient je porušením kožní integrity vystaven zvýšenému riziku vzniku infekce z okolí.

Cíl

Defekt, ani jeho okolí nevykazují stopy infekce

Plán péče

- Během převazu postupovat asepticky
- Pacient si nebude sám od sebe snímat krycí vrstvu obvazu, pouze v krajním případě za pomoci snachy vymění vrstvu sací

- Pacient si nebude dolní končetinu sám sprchovat, ani ošetřovat
- Sledovat a zaznamenávat známky infekce
- Při příznacích infekce konzultovat pacientův stav s jeho praktickým, či kožním lékařem
- Při ordinaci lékaře provést stěry z rány

Realizace

Během převazu se dodržují aseptické postupy. Před i po převazu je nutné mýt si ruce desinfekčním mýdlem. Používáme sterilní nástroje a převazový materiál, včetně rukavic. Po šetrném sejmutí krytí ránu osprchujeme vodou, následně přiložíme na 15 minut obklad s Rivanolem. Po uplynutí 15 ti minut obklad sejmeme, defekt opatrným přikládáním mulových čtverců omýváme Prontosan roztokem. Následuje promazání okrajů vředu Sudokrém mastí, pro ochranu okolní kůže před mokváním. Zbylou oblast bérce promazáváme Alpresan diabetic pěnou, chodidlo a patu promastíme měsíčkovou mastí. Do defektu aplikujeme přiměřené množství sterilního Prontosan gelu, který má čistící a zvlhčující účinky na hluboké rány. Přiložíme sterilní mulové čtverce, velkou sací vrstvu, zetuvit, zafixuji mulovým obinadlem. Poté provedeme bandáž levé dolní končetiny od prstů po koleno. Každý den zaznamenáváme vzhled spodiny defektu, jeho okolí (zarudnutí, zápach) a otok dolních končetin. Při výskytu infekčních příznaků provádíme stěr z rány na bakteriologické vyšetření. Dále si všímáme celkových projevů zánětu, mezi které patří zvýšené teploty, třesavky a zimnice. Dle ordinace praktického lékaře odebíráme krev.

Hodnocení cíle

Cíl byl splněn. Defekty ani okolní kůže nevykazují žádné známky zánětu. Okolní kůže je bledá, bez zarudnutí. Spodina rány je čistá, bez povlaků. Levá dolní končetina je mírně oteklá. Pacient je bez teplot a třesavek, hodnoty krve jsou v normě.

4.8 Dlouhodobý plán péče

K panu E. V. nadále dojíždí domácí zdravotní péče 1x denně na 45 minut. Poukaz na ošetření, platný na 1 kalendářní měsíc, vydává praktický lékař na základě žádosti kožní lékařky, která si pána k posouzení zdravotního stavu zve 1x měsíčně. Dlouhodobý plán péče o pacienta bude i nadále pokračovat v již stanovených ošetřovatelských diagnózách.

1 x za měsíc sestra společně s pacientem zhodnotí cíle, v případě potřeby provedou úpravu stanovených dlouhodobých cílů, nebo vytvoří cíle nové.

4.9 Hodnocení pacienta

Pacient E. V. se s bércovými vředy léčí již 3 roky. V jedné chvíli byl ve špatném psychickém rozpoložení, trápil ho zápach vycházející z rány a také hojná sekrece, která mu pronikala přes kalhoty až do bot. Přestal se kvůli tomu setkávat nejprve s přáteli, poté přestával chodit i k rodině. Postupně začal mít pochybnosti o každé nové léčbě, i o své kožní lékařce. Po zlepšení průběhu léčby se začal cítit zase o mnoho lépe. Sekret z dolní končetiny ustal, defekt již také nezapáchá. Končetina není tolik oteklá. Vrátil se proto ke starým zvykům, nejdříve začal pravidelně navštěvovat rodinu, nyní už zase chodí za kamarády, nebo hrát karty do hospody. Již se nestydí jít na zkoušku orchestru, nebo si sednout do restaurace na oběd. Velice mu s touto náročnou situací pomohla rodina, která mu byla oporou, a kdykoliv potřeboval, byla tu pro něj. Nyní začalo jaro a pacient už se vrátil ke svému koníčku – zahradničení. Po odchodu všeobecné sestry domácí péče se ustrojí, a chodí pomáhat synovi ven na zahradu. Stříhá stromky, nebo sází zeleninu a je spokojený. Opět se mu vrátil veselý výraz do tváře a je o mnoho víc komunikativní.

ZÁVĚR

Bércové ulcerace představují problematiku velmi obtížnou jak z hlediska lékařského, tak ošetrovatelského. Při ošetřování nemocných je nutné mít na zřeteli všechny důsledky onemocnění a je nutno dbát o psychickou stránku postiženého. Bércový vřed je onemocnění chronické, s častými recidivami. Podle dostupných údajů trpí ulceracemi zhruba 4 - 5 % občanů vyšší věkové skupiny. Důležitým předpokladem úspěšné léčby je přesné určení příčiny a stanovení diagnózy. Dle příčiny můžeme určit strategii léčby a rozeznat faktory, které léčbu prodlužují. Léčba bércových vředů zahrnuje lokální terapii (vřed a jeho okolí), systematickou (léčba venózní insuficience), ale také symptomatickou (např. léčba bolesti).

Z práce nazvané „ Ošetrovatelský proces u klienta s bércovým vředem“ nám vzešly tři úkoly. Prvním úkolem bylo seznámit veřejnost s hojením ran, fázemi hojení, a s přípravky, které se každým rokem vyvíjí. Dalším cílem bylo předání informací o bércových vředech, jejich příčinách, diagnostice, léčbě a ošetřování, se kterými se setkává velká část populace ať už u svých nejbližších nebo u sebe samého. Třetí část jsme věnovali ošetrovatelskému procesu konkrétního jedince s bércovým vředem, u kterého jsme popsali problémy, se kterými se potýká, a rozpracovali ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský proces jsme společně s klientem tvořili několik měsíců. Stanovené cíle ošetrovatelských diagnóz byly splněny společným úsilím sester domácí zdravotní péče, pacientovi rodiny a především pacienta samotného, který díky opakované edukaci pochopil, proč by měl změnit svůj životní styl.

Věříme, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen všeobecným sestřám, ale i jiným zdravotnickým pracovníkům, nebo rodinám, které své blízké ošetřují sami.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BENEŠOVÁ, E. Hojení ran a fyzikální terapie, *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 1, s. 62 – 63.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Anatomie a fyziologie člověka: učebnice pro zdravotnické školy*. Olomouc: Epava, 1998. ISBN 80-901667-0-9.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie a fyziologie člověka*. Olomouc: Epava, 1995. ISBN 80-901667-0-9.
- HARTMANN medical edition. *Kompendum ran a jejich ošetřování*. 2. vyd. Veverská Bítýška:
- Hartmann-Rico, 2005. 122 s. ISBN 3-929870-18-5.
- HARTMANN – RICO. *Ošetřování chronických ran – příručka pro pacienta*. Veverská Bítýška: Hartmann – Rico, 2008. 26 s.
- KAREN, Igor a kol. *Chronický vřed dolní končetiny*. Praha: ČLSJEP, 2007, ISBN 80-86998-15-5.
- KARETOVÁ, D., STANĚK, F. a kolektiv. *Angiologie pro praxi*. 2. přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. s. 269 - 275. ISBN 978-80-7345-001-4
- NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2319-8.
- PODRAZILOVÁ, P. Maggot terapie aneb léčba larvami, *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2009, roč. 5, č. 4, s. 15 - 18.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena a Sabina ŠVESTKOVÁ. *Léčba chronických ran*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-348-1.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena. *Bércový vřed d I*. V Praze: Triton, 2004. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-7254-469-1.
- POSPÍŠILOVÁ, Alena a Leopold POSPÍŠIL. *Chronické ulcerace bérce a jejich mikrobiální složka*. Brno: Univerzita J.E. Purkyně, 1989. Acta Facultatis medicae Universitatis Brunensis.
- POSPÍŠILOVÁ, A. Komplexní přístup k léčbě bércového vředu 1. část. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 5, s. 14 – 18.

POSPÍŠILOVÁ, A. Komplexní přístup k léčbě bércevého vředu 2. část. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 6, s. 12.

POSPÍŠILOVÁ, A., ŠVESTKOVÁ, S. *Léčba chronických ran*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 72 s. ISBN 80-7013348-1.

Ramsey SD, Newton K, Blough D, et al: Incidence, outcomes, and cost of foot ulcers in patients with diabetes. *Diabetes care* 1999. ISBN 382-7.

RESL, Vladimír. *Hojení chronických ran*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-239-5.

RYBKA, J. a kolektiv. *Diabetologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 49 – 64. ISBN 80-247-1612-7.

Syndrom diabetické nohy: mezinárodní konsenzus vypracovaný Mezinárodní pracovní skupinou pro syndrom diabetické nohy. Praha: Galén, c2000. ISBN 8072620517.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. *Sestra* (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

ŠVESTKOVÁ, S. *Ťilní bércevé vředy – praktické rady pro pacienty*. Hartman-Rico

TOŠENOVSKÝ, Patrik a Bohumil ZÁLEŠÁK. *Trofické defekty dolních končetin: diagnostika a léčba*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-246-1324-6.

URBÁNEK, Gabriel. *Stručné pokyny pro nemocné bércevémi vředy*. Praha: Ústřední ústav zdravotnické osvěty, 1965.

Úvod - Servier.cz [online]. Copyright © [cit. 21.03.2017]. Dostupné z: http://www.servier.cz/documents/informace_o_zdravi/CVD_zacnete_se_starat_o_sve_nohy_vcas.pdf

VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 9788024625126.

PŘÍLOHY

Příloha A – Obrázek cviky na posílení krevního žilního oběhu

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha C – Rešerše

Příloha D – Čestné prohlášení

CVIKY NA POSÍLENÍ KREVNIHO ŽILNÍHO OBĚHU



Chodte střídavě po patách a po špičkách.



Chodte střídavě po vnitřních a vnějších hranách chodidla.



Vsedě napněte končetiny před sebe a pomalu střídavě propínejte a krčte chodidla jedné a druhé nohy. Opakujte 20krát.



Vsedě s nataženými končetinami stlačujte míč umístěný mezi kotníky.



Vytáhněte se na špičky, přenášejte váhu postupně ze špiček na paty a zpátky (houpavý pohyb).



Sešlapujte špičkou malý míč či měkkou podložku, přičemž pata zůstává po celou dobu opřená o zem a nezvedá se.



Vleže kmitějte končetinami jako při stříhání nůžek. Opakujte 15 až 20krát.



Vleže s nataženými končetinami a propnutými špičkami střídavě kroužte nohama v kotníku, nejdříve jedním, pak opačným směrem. V každém směru proveďte cvik 10krát.



Vsedě se opírete o paty a špičky chodidel přikláníjte střídavě k sobě a od sebe.



Vsedě se střídavě opírete o špičky a o paty.



Vleže zvedněte obě končetiny a střídavě krčte a natahujte prsty u nohou.



Vleže napodobujte jízdu na kole, propínejte končetiny a opakujte 15 až 20krát.

Zdroj: Úvod - Servier.cz [online]. Copyright © [cit. 13.03.2017]. Dostupné z: http://www.servier.cz/documents/informace_o_zdravi/CVD_zacnete_se_starat_o_sve_nohy_vcas.pdf

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Dušková 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO
ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

| | | |
|---|---|-------------|
| Příjmení a jméno studenta | Vyněová Denisa | |
| Studijní obec | Všeobecná sestra | Ročník 3CVS |
| Téma práce | Ošetrovatelský proces u klienta s horečným vředem | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | OS ČČK ALICE TRUTNOV | |
| Jméno vedoucího práce | PhDr. Karolína Moravcová | |
| Vyděření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Km</i> | |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <i>Ad</i> | |

V.....Trutnově..... Dne ...15. 2. 2017.....

podpis studenta *Denisa*



Ošetrovatelský proces u pacienta s bérčovým vředem

Výběrový soupis literatury zjištěné na základě sekundárních zdrojů dostupných ve Studijní a vědecké knihovně v Hradci Králové. Rozděleno dle druhu dokumentu, v těchto skupinách fazeno abecedně podle jmenných záhlaví. Citace podle normy ČSN ISO 690.

Kapitoly z knih:

1.
KUBEŠOVÁ, Hana. *Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie*. Praha: Mladá fronta, c2015, 215 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3394-7. Kapitola 2, Péče o nehojící se rány u geriatrických pacientů (Sabina Sellner Švestková), s. 31-44.
Signatura SVKHK: A0-37301
2.
KUKLOVÁ, Ivana a Petr HERLE. *Dermatovenerologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, c2011, 158 s. Ediční řada pro VPL II. ISBN 978-80-87553-28-2. Kapitola 15, Bérčový vřed (ulcus cruris venosum), s. 143-150.
Signatura SVKHK: B0-13026
3.
POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012, 191 s., 8 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3371-5. Kapitola 5.1.1, Bérčové ulcerace, s. 101-112.
Signatura SVKHK: A0-24328
4.
PŘIKRYLOVÁ, Lucie a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. IV. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. 2., dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014, 224 s., xii s. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-4342-4. Kapitola 1.8.1, Ošetrovatelský proces u klienta s bérčovým vředem, s. 57-62.
Signatura SVKHK: A0-25437/4
5.
SKLENÁŘ, Zbyněk. *Magistraliter receptura v dermatologii*. Praha: Galén, c2009, 441 s. ISBN 978-80-7262-588-8. Kapitola 7.13, Granulancia, epitelizancia a přípravky používané k terapii bérčových vředů, s. 221-240.
Signatura SVKHK: A0-16793

Články:

Lze si je prezenčně prostudovat (příp. vytvořit kopie) ve studovně periodik ve 4. podlaží knihovny po objednání zdrojových dokumentů.

6.
BERGMANOVÁ, Jarmila. Lokální léčba Ulcus cruris. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, 7(1), 6-7. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2011

7.
ČERNOHORSKÁ, Júlia. Perfektní kombinace aneb nový pěnový materiál s obsahem sífibra a technologií Hydrofiber. *Florence*. 2014, 10(12), 42. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2014
8.
DALÍKOVÁ, Šárka a Šárka KALETOVÁ. Chitoskin: bioaktivní krytí ran třetí generace. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2010, 6(4), 28-29. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2010
9.
GAVELCZIKOVÁ, Irena. Ošetřování bérkových vředů. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2007, 3(5), 164-165. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2007
10.
HAŠKOVÁ, Jindra. Komplexní přístup v péči o chronickou ránu při použití metod vlhkého hojení. *Florence*. 2015, 11(9), 40-41. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2015
11.
HAŠKOVÁ, Jindra. Léčba bérkového vředu. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, 5(10), 22-23. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2009
12.
HOLUBOVÁ, Adéla. Kombinace medových materiálů při léčbě bérkových vředů. *Florence*. 2016, 12(3), 42-43. ISSN 1801-464x.
Nyní se nachází ve studovně periodik ve 4. podlaží pod umístěním 613. Poté bude zařazen do skladu na signatuře I-503 268/2016.
13.
HOLUBOVÁ, Adéla. Použití Aquacelu Ag Extra plus a polyuretanového krytí u bérkových vředů žilní etiologie. *Florence*. 2016, 12(4), 44-45. ISSN 1801-464x.
Nyní se nachází ve studovně periodik ve 4. podlaží pod umístěním 613. Poté bude zařazen do skladu na signatuře I-503 268/2016.
14.
KLEVETOVÁ, Dana. Když se nedaří léčba chronické rány. *Florence*. 2010, 6(2), 35. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2010
15.
KLEVETOVÁ, Dana a Hana WEISOVÁ. Motivační prvky při ošetřování chronické rány u 76leté seniorky. *Hojení ran*. 2009, 3(2), 24-28. ISSN 1802-6400.
Signatura SVKHK: I-503 399/2009
16.
KOUŘILOVÁ, Irena. Kompresivní terapie. *Florence*. 2007, 3(4), 184. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2007

17.
KOUTNÁ, Markéta. Kompetence sester v hojení ran. *Florence*. 2010, 6(3), 28-37. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2010
18.
KOUTNÁ, Markéta. Kvalita života pacientů s chronickými ránami. *Hojení ran*. 2008, 2(3), 19-23. ISSN 1802-6400.
Signatura SVKHK: I-503 399/2008
19.
KOUTNÁ, Markéta. Léčba bércevého vředu a compliance pacienta (porovnání dvou případů). *Florence*. 2011, 7(7-8), 16-18. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2011
20.
MUSIL, Dalibor. Prevence, diagnostika a léčba posttrombotického syndromu - vítejte v šedé zóně. *Kazistika v angilogii*. 2015, 3(2), 16-21. ISSN 2336-2790.
Signatura SVKHK: I-503 762/2015
21.
NĚMCOVÁ, Helena a Anna SNOPOKOVÁ. Bakteriální kolonizace bércevého vředu v dermatologické ambulanci. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2011, 7(4), 10-11. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2011
22.
NĚMCOVÁ, Helena a Anna SNOPOKOVÁ. Nehojící se bérceový vřed. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2010, 6(4), 11-12. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2010
23.
OTRUBOVÁ, Ria a Petra VISINGEROVÁ. Podíl manuálních lymfodrenáží na hojení chronických ran v domácí péči. *Florence*. 2011, 7(1), 9-11. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2011
24.
PEJZNOCHOVÁ, Irena. Onemocnění žilního systému a bérceový vřed. *Florence*. 2007, 3(3), 133-134. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2007
25.
PODRAZILOVÁ, Petra. Maggot terapie, aneb, Léčba larvami. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, 5(4), 15-18. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2009
26.
POKORNÁ, Andrea. Znalostní ošetřovatelská péče u nemocných s bérceovými vředy. *Medicina pro praxi*. 2011, 8(4), 198-201. ISSN 1214-8687.
Signatura SVKHK: I-502 975/2011
Dostupné také z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/04/12.pdf>

27.
POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Nejčastější mýty v ošetrovatelské péči o nemocné s bérčovým vředem. *Referátový výběr z dermatovenerologie*. 2010, 52(3), 41-44. ISSN 1213-9106.
Signatura SVKHK: 502 700/2010
Dostupné také z: http://referatovyvyber.cz/dermatovenerologie/index.php?option=com_flippingbook&view=book&id=39%3Arvd-3-10&catid=2%3Arv&Itemid=96
28.
POSPÍŠILOVÁ, Alena. Algoritmus vyšetření a léčby bérčového vředu. *Florence*. 2009, 5(4), 39-42. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2009
29.
POSPÍŠILOVÁ, Alena. Lze léčit bérčový vřed efektivně? *Florence*. 2008, 4(2), 76-78. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2008
30.
Problematika terapie venózních bérčových vředů. *Florence*. 2012, 8(5), 25-27. ISSN 1801-464x.
Signatura SVKHK: I-503 268/2012
31.
ROZTOČIL, Karel. Je možné snížit výskyt pokročilých případů chronické žilní insuficience? *Causa subita*. 2011, 14(4), 154-157. ISSN 1212-0197.
Signatura SVKHK: I-501 825/2011
Dostupné také z: <https://issuu.com/causa-subita/does>
32.
SIVEROVÁ, Jarmila a Šárka DALÍKOVÁ. Nehojící se rána u geriatrického pacienta. *Sestra*. 2014, 24(4), 26-27. ISSN 1210-0404.
Signatura SVKHK: I-500 588/2014
Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/nehojici-se-rana-u-geriatrickeho-pacienta-475016>
33.
SLONKOVÁ, Veronika a Vladimír VAŠKŮ. Využití hydrogenvápenaté soli oxidované celulózy (Traumacelu biodress) v terapii chronických ulcerací: shrnutí výsledků klinické studie a kazuistika. *Lékařské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2008, 57(19), 27-29.
Signatura SVKHK: II-51 316/Lékař.1/2008
Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lecarske-listy/vyuziti-hydrogenvapenate-soli-oxidovane-celulozy-traumacelu-biod-389731>
34.
SOTOLÁŘOVÁ, Nikola. Problematika bérčového vředu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, 3(2), 44-51. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2007

35.
SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Co může podpořit efektivní léčbu chronické rány? *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008, 4(1), 22. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2008
36.
ŠÍPKOVÁ, Vladimíra. Bércový vřed léčený moderními materiály. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008, 4(7), 12-13. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2008
37.
ŠÍPKOVÁ, Vladimíra. Léčba komplikovaného bércového vředu. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, 5(7), 20-21. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2009
38.
ŠÍPKOVÁ, Vladimíra. Umíme si vybrat správný materiál? *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2009, 5(7), 16-18. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2009
39.
ŠTUKAVCOVÁ, Alena. Bioaktivní krytí Traumacel biodress- startér při hojení chronických ran. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2012, 8(1), 19-20. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2012
40.
VLHOVÁ, Hana. Bércový vřed s kombinovanou etiologií. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2007, 3(2), 54. ISSN 1801-1349.
Signatura SVKHK: I-503 111/2007

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Ošetřovatelský proces u klienta s bérčovým vředem“

v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne .21.3. 2017.....



.....
Denisa Vynšová

Jméno a příjmení studenta