

MANAGEMENT OŠETŘOVÁNÍ DEKUBITŮ

Bc. Lenka Šeflová, Mgr. Irena Beránková

Ortopedická klinika FN Olomouc

V článku je popsán management prevence a ošetřování dekubitů od zachytu rizikových skupin pacientů dle známých klasifikací k účinné prevenci a léčbě. V prevenci je kladen důraz na materiálně technické zázemí a v léčbě na moderní metody vlhkého hojení. Součástí sdělení je citace postupu FN Olomouc „Převaz rány“. V závěru autorky apelují na nutnost systémového přístupu, spolupráci a angažovanost nejenom zařízení akutní, ale i následné péče a praktických lékařů.

Interní Med. 2006; 5: 252–256

V současné době jsou dekubity aktuálním tématem a v nemocnicích patří sledování vzniku a výskytu dekubitů mezi důležité indikátory kvality poskytované péče. I přes dnešní vysoce profesionální ošetrovatelskou a lékařskou péči zůstávají vážnou komplikací zdravotního stavu. Vedle fyzické a psychické bolesti zvyšují utrpení nemocného člověka, prodlužují celkovou dobu léčby a hospitalizace. Odhaduje se, že proleženiny vzniknou zhruba u 3% hospitalizovaných pacientů (6).

Dekubity často vznikají v průběhu akutního nebo po exacerbaci chronického onemocnění. Mnohdy je pacient v těžkém zdravotním stavu a spolupráce při polohování z jeho strany není možná, není schopen vydržet v námi nastavené poloze pro dušnost, kardiovaskulární onemocnění, akutní stav interního charakteru, dočasný pooperační zákaz polohování, bolest apod. Také vlivem nedostatečně vedené pooperační analgezie vzniká katabolismus, imunosuprese, zvýšená dechová a kardiální zátěž, sklon k dysrytmiím a poruchy koagulace. Dále pak v důsledku zaujímání antalgické polohy a obav z bolesti při pohybech vzniká imobilita (1). Výše uvedené faktory přispívají ke zhoršení celkové kondice pacienta s následkem možného rozvoje dekubitů.

V procesu péče lze výskyt dekubitů snižovat dobře nastaveným managementem (schéma 1). Zřízením systému sledování dekubitů získávají manažeři informace, schopnost srovnání s ostatními zařízeními a možnost korekce chyb.

Prevence dekubitů

Prevence dekubitů a péče o vzniklé defekty vyžadují vysoce profesionální přístup celého ošetrova-

telského a lékařského týmu, který musí být proškolen a erudován v dané problematice. Významnými faktory, které negativně působí v prevenci, jsou nízký stav ošetrovatelského personálu a nevyhovující materiálně-technické vybavení. Dostatek či absenci těchto zdrojů ovlivňuje především vysoký a střední management zařízení. Na všech pracovištích FN Olomouc postupujeme podle ošetrovatelského postupu „Prevence vzniku a ošetřování dekubitů“.

Základní preventivní postup

- vyhledávání rizikových pacientů podle hodnotící škály „rozšířené stupnice Nortonové“ (tabulka 1) nebo dalších vypracovaných skórovacích stupnic, např. Bradenovo-Bergstromova, Waterlowa, dle Knolla
- eliminace tlaku a pravidelné polohování (přes den minimálně co 2 hodiny, v noci co 3–4 hodiny, u plegických pacientů i každou hodinu)
- netraumatizující manipulace s pacientem na lůžku
- využití antidekubitních podložek a matrací, polohovacích pomůcek a lůžek s příslušenstvím (hrazdy, zábrany apod.)
- rehabilitace a časná mobilizace pacienta s pomocí rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- edukace pacienta a jeho rodiny
- analgetizace pacienta, sledování a vyhodnocování bolesti, případně terapie v ambulanci pro léčbu bolesti
- komplexní terapie základního onemocnění, léčba hematologických a biochemických patologií

- nutričně vyvážená strava s dostatkem tekutin, spolupráce s nutričním terapeutem a s pacientovou rodinou
- ošetřování kůže speciální ochrannou kosmetikou
- profesionální hygienická péče
- čisté, suché ložní a osobní prádlo
- aplikace filmových obvazů na predilekční místa.

Ošetřování dekubitů

Vzniklé dekubity hodnotíme podle jejich vývoje a dělíme je do 4 stadií podle **klasifikace Hibbové**:

- I. stadium:** překrvení, které přetrvává po stisku i po 5 minutách, bez porušení celistvosti
- II. stadium:** částečná ztráta kůže, objevuje se puchýř nebo mělký důlek, mokvavá plocha (klinicky: odřenina, puchýř, mělký kráter)
- III. stadium:** úplná ztráta kůže i podkoží, šedá, černá krusta (klinicky: nekroza, hluboký kráter)
- IV. stadium:** ztráta kůže s rozsáhlým poškozením hlubokých funkčních struktur, fascií, cév, nervů, svalů a přiléhajících kostí, nekroza tkáně (podminování: kombinace u stupně III. a IV.).

Algoritmus v ošetřování dekubitů

- eliminace tlaku
- odstranění nekrotické tkáně
- léčba zánětu
- kontrola a prevence reinfekce
- zajištění odpovídající vlhkosti v ráně
- podpora růstu granulační a epitelizační tkáně
- ochrana vytvořené granulační a epitelizační tkáně.

Tabulka 1. „Rozšířená stupnice Nortonové“ Riziko vzniku dekubitů: nízké 25–24 bodů, střední 23–19 bodů, vysoké 18–14 bodů, velmi vysoké 13–9 bodů

Body	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobrý	bdělý	chodící samostatně	úplná	kontinentní
3	malá	do 30 let	suchá šupinatá	snížení imunity horečka DM	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
2	částečná	do 60 let	vlhká	sklerosis multiplex obezita anémie	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontin. převážně moče
1	žádná	60 let +	alergie porušená	onem. cév kachexie karcinom	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkontin. moče a stolice

Každé hojení rány, tedy i dekubitů, probíhá ve třech fázích, které se časově překrývají, a není možné je od sebe oddělovat.

1. zánětlivá (exsudativní) fáze k zastavení krvácení a vyčištění rány
2. proliferační fáze k novotvorbě granulační tkáně
3. diferenciací fáze reepitelizace a reparace k vyzrání buněk, diferenciaci epitelu a tvorbě jizvy (2).

Pro každou fázi je k dispozici široká škála obvazových materiálů určených k vlhkému hojení. Čísleník VZP zdravotnických prostředků přehledně řadí jednotlivé materiály do 18 generických skupin, u kterých jsou uvedeny typy ran, pro které jsou určeny. Klíčem k úspěšnému hojivému procesu je kvalitní zhodnocení rány a výběr odpovídajícího primárního krytí i dodržování preventivních postupů a algoritmu v ošetřování dekubitů.

Nekrotická rána je charakterizovaná přítomností nekrotické, devitalizované tkáně a její odstranění je základní podmínkou pro tvorbu nové tkáně. K odstranění nekrotické tkáně opakovaně kombinujeme mechanický a autolytický debridement (hydrogely – Askina gel, Nu-gel, Prontosan gel, IntraSite gel...). Pro tento účel lze použít hydroterapii Versajetem, který rychle a snadno odstraní devitalizovanou tkáň, a přitom je šetrný ke zdravé tkáni. V období demarkace využíváme preventivních účinků antiseptických obvazů (Inadine, Bactigras...).

Povleklá rána je charakteristická přítomností směsice fibrinu, bílkovin, serózního exsudátu, bílých krvinek a bakterií (3). K demarkaci povlaku stejně jako u nekrotické rány uplatňujeme mechanický a autolytický debridement hydrogely. Podle stavu rány a sekrece aplikujeme algináty (Askina Sorb, Algisite M, Silvercel...), hydrofibry (Aquacel), antiseptika (Inadine, Bactigras...) a jiné.

Infikovaná rána je kolonizovaná bakteriemi, které se rychle množí, a jsou přítomné lokální nebo celkové známky zánětu. Infekce se projevuje erytémem v ráně a okolí, změnou barvy a konzistence exsudátu, otokem, zvýšenou lokální nebo celkovou teplotou, bolestí, výskytem křehké tkáně, která snadno krvácí, nebo rozpadem rány. Obnovení bakteriální rovnováhy je nezbytným předpokladem pro zrychlení hojivých procesů. Za zcela samozřejmé považujeme mikrobiologické kultivační vyšetření a včasnou léčbu infekce. K terapii jsou vhodná antiseptika (Inadine, Bactigras, Braunovidon...) nebo obvazy se stříbrem (Askina Calgitrol Ag, Actisorb Plus, Silvercel, Acticoat, Aquacel Ag...).

Granulační tkáň má červenou barvu a roste postupně od vyčištěné spodiny. Pro tento proces musíme zajistit přiměřeně vlhké prostředí v ráně, při převazech netraumatizující sejmутí obvazu a šetrnou to-

aletu tkáně. K oplachu rány volíme neagresivní roztoky, např. Prontosan, fyziologický roztok. Růst granulační tkáně podporujeme aplikací hydropolymeru (Tielle), pěnového hydroaktivního krytí (Cutinova Hydro...), hydrofibry (Aquacel), kolagenu (Catrux, Promogran...), hydrokoloidů (Granuflex Extra Thin, Askina Hydro...) aj.

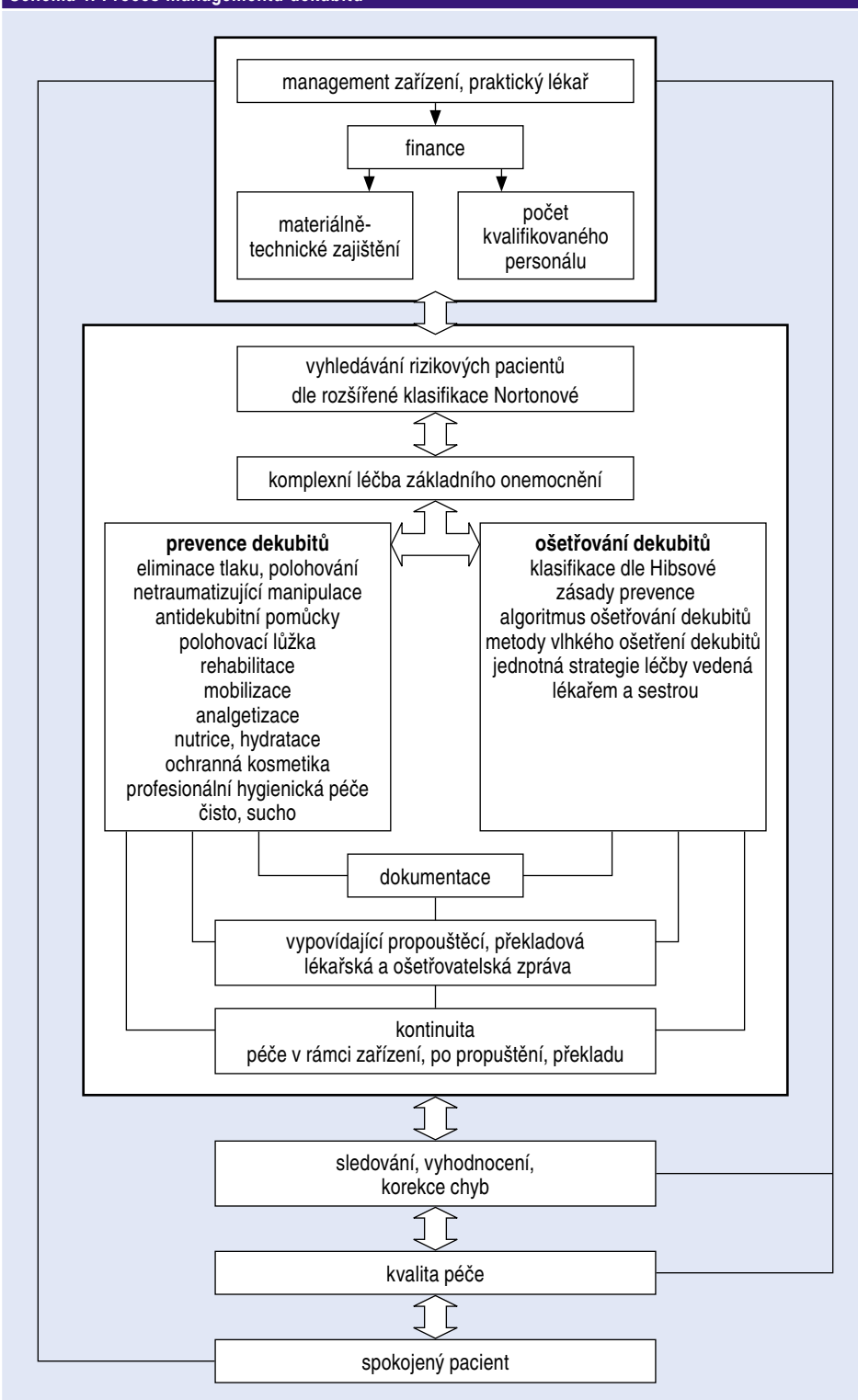
Epitelizace je poslední fáze hojení. Epitelizační tkáň je růžové nebo perleťové barvy, roste od okrajů nebo tvoří ostrůvky v ráně. Indikovanými obvazy

jsou hydrokoloidy (Granuflex Extra Thin...), neadherentní krytí (Adaptic, Jelonet...) apod.

Po vytvoření nového kožního krytí je vhodná ochrana z důvodu snadné zranitelnosti. Vhodná jsou filmová krytí (Tegaderm, Opsite, Bioclusive...).

Základním předpokladem úspěšné léčby je průběžné hodnocení rány, důkladné vedení dokumentace a pokračování nastavené terapie moderními metodami. Při hodnocení rány popisujeme:

Schéma 1. Proces managementu dekubitů



- místo
- velikost
- hloubku
- barvu tkáně s určením, zda se jedná o nekrotickou, povleklou, granulující nebo epitelizující tkáň
- secernaci
- přítomnost infekce
- bolest.

Tyto informace slouží pro střídající se personál ošetřující rány. Ideální je provádět převazy jednou vyškolenou sestrou a lékařem. Praktická je fotodokumentace, i když v běžné praxi je obtížná archivace. Technické a hygienické zásady uvádí ošetřovatelský postup FN Olomouc „Převaz rány“ (příloha 1), podle kterého postupujeme při ošetřování každé rány na lůžkových i ambulantních pracovištích FN Olomouc.

Při propuštění domů a předání pacienta do péče praktického lékaře a agentury domácí péče nebo překlada pacienta na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení je nepostradatelná vypovídající propouštěcí, překladová lékařská a ošetřovatelská zpráva, která obsahuje popis defektu, dále dosud použité obvazové materiály s doporučením dalšího postupu včetně obvazového materiálu.

V ambulantní péči se neobejdeme bez schvalování obvazových materiálů revizním lékařem. Na žádost o úhradu obvazového materiálu je potřeba uvést detailní popis defektu. Počet balení vypočítáme podle velikosti rány a frekvence převazů.

Závěr

Dodržováním výše uvedených postupů s využitím materiálů pro vlhké hojení ran se nám podařilo snížit výskyt dekubitů III. stupně na minimum a IV. stupeň dekubitů eliminovat. Pro efektivní prevenci a léčbu je klíčem holistické pojetí člověka, respektive hodnocení a terapie celkového stavu pacienta. Dostatek vysoce erudovaného personálu, zajištění materiálně technického vybavení, využití metod pro vlhké hojení ran, profesionálně vedená dokumentace a kontinuita jsou nejvýznamnějšími atributy při ošetřování dekubitů. Systémový přístup a sledování výskytu dekubitů jako jednoho z indikátorů kvality péče jsou cílem manažerů zdravotnického zařízení. Kontinuitu pak zaručuje angažovanost jak složek akutní, tak i následné a domácí péče a praktických lékařů. Dekubity jsou celospolečenský problém a jedině při splnění všech podmínek může být jejich léčba úspěšná a ekonomicky efektivní.

Příloha č. 1

Standardní ošetřovatelský postup: „převaz rány“

Definice: Převaz je ošetření rány za preventivním nebo terapeutickým účelem.

Cíl: Ošetřit ránu nebo provést kontrolu, odstranit stehy po operaci, zkrátit či odstranit drény, aplikovat léčivo, vypláchnout ránu, ošetřit ránu v různé fázi hojení apod. (4)

Ošetřit ránu s maximálním omezením potenciální infekce, zhojit defekt v rámci možností a zdravotního stavu pacienta, minimalizovat bolest a zajistit fyzickou a psychickou pohodu pacienta.

Pomůcky

- Převazový stolek event. sterilní převazová souprava
- Sterilní materiál v kontejnerech, v obalu papír – fólie, event. v jiném obalovém materiálu
- Sterilní chirurgické instrumentárium (pinzeta, nůžky, peán, podávky a jiné)
- Dezinfekční roztoky do okolí defektu
- Dezinfekční prostředky na infekční ránu – Braunol, Betadine, Prontosan, Octenisept, apod.
- Roztoky k laváži granulující a epitelizující rány – Prontosan, fyziologický roztok, Ringerův roztok apod.
- Primární krytí: „terapeutické obvazové materiály“
- Sekundární obvazový materiál (tampony, longety, vatové polštáře, jednorázové krytí apod.)
- Sterilní roušky
- Jehly, stříkačky
- Náplasti, obinadla
- Sterilní, nesterilní rukavice
- Sterilní zkumavky a šetřičky k odběru na mikrobiologické vyšetření
- Igelitové sáčky, emitní misky, odpadová nádoba pro infekční materiál

Ošetřovatelský postup

a) Povinnosti před výkonem

- Připravte si převazový stolek.
- Připravte si fotoaparát k monitoraci rány podle možností pracoviště.
- Informujte nemocného o provedení převazu.
- Aplikujte podle ordinace lékaře analgetika 20 min. před převazem.
- Připravte nemocného.
- Zajistěte intimitu nemocného.
- Uložte jej do pohodlné polohy, při které se dá odkrýt rána.

b) Povinnosti při vlastním výkonu

- Proveďte hygienickou dezinfekci rukou.
- Nasaďte si nesterilní rukavice, event. obličejovou masku, podle potřeby si oblékněte plášť.
- Odstraňte náplast tahem směrem k ráně, nebo dle návodu výrobce.
- Odstraňte sekundární obvazy tak, aby spodní strana obvazu byla odvrácena od tváře nemocného.

- Vložte sejmutý obvaz ihned do igelitového sáčku, emitní misky či jiné odpadové nádoby.
- Odstraňte primární obvazy z rány (používejte sterilní nástroje; nůžky, pinzetu).
- Sejměte si rukavice v případě znečištění.
- Nasaďte si podle potřeby sterilní nebo nesterilní rukavice.
- Podložte převazované místo podle potřeby sterilní rouškou nebo nesterilní podložkou.
- Proveďte posouzení rány (barvu, druh a zápach exsudátu, velikost rány, okolí rány, hloubku, otok...).
- Odeberte dle ordinace lékaře vzorek k mikrobiologickému vyšetření.
- Očistěte okolí rány tamponem s antiseptikem.
- Očistěte nebo vypláchněte ránu antiseptikem, fyziologickým nebo Ringerovým roztokem.
- Vyfotografujte ránu před a po výkonu podle potřeby.
- Proveďte ordinovaný výkon podle vaší kompetence, např. extrahujte stehy.
- Asistujte lékaři při debridementu či jiném chirurgickém ošetření rány.
- Vypláchněte ránu.
- Umožněte pacientovi shlédnutí rány s ohledem na jeho přání (např. obtížně viditelná místa lze ukázat v zrcadle).
- Aplikujte léčivo, primární obvazový materiál apod.
- Ošetřujte a chraňte kůži v okolí rány.
- Přiložte podle potřeby sekundární krytí.
- Zajistěte obvaz náplastí, prubanem, obinadlem apod.
- Proveďte hygienickou dezinfekci rukou.

c) Povinnosti po výkonu

- Uložte pacienta do vyhovující polohy.
- Upravte lůžko pacienta podle potřeby.
- Edukujte pacienta.
- Uklidněte pacienta podle jeho potřeb a psychologického stavu, sledujte projevy bolesti.
- Aplikujte analgetika podle ordinace lékaře, vedte záznam hodnocení bolesti.
- Sledujte pacienta podle ordinace lékaře.
- Sledujte známky infekce, zhoršení stavu, bolesti, nežádoucí účinky a podobně.
- Dezinfikujte a sterilizujte pomůcky podle platné zákonné normy.
- Uklidte pomůcky.

d) Provedení záznamu do dokumentace

- Zaznamenejte do dokumentace:
 - odběr biologického materiálu
 - lokalizaci, velikost a hloubku rány, okraje, spodinu, barvu, druh a zápach exsudátu, okolí rány, otok, přítomnost infekce...

- provedený výkon, ošetření rány a okolí
- aplikované materiály určené pro léčbu ran
- reakce pacienta
- bolest při výkonu...

Komplikace

- krvácení
- infekce
- dehiscence
- částečná nebo úplná ruptura rány

- obtížná extrakce stehů
- drén lze jen obtížně extrahovat nebo vůbec, apod.

Bc. Lenka Šeflová

Ortopedická klinika FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 00 Olomouc
e-mail: sefloval@quick.cz

Literatura

1. Bystřický Z. Hlavní zásady a stručný návod k tlumení akutní – pooperační bolesti. V. Chirurgické metody a jejich výsledky 1. 1. 2004 – 31. 12. 2004 Bakešova nemocnice na Žlutém kopci v Brně. 56–67.
2. Kompendium ran a jejich ošetřování. HARTMANN – RICO a.s. První vydání květen 1999, str. 24.
3. Koutná M. Péče o rány – manuál. Mimořádná příloha časopisu Sestra č.6 a Zdravotnických novin č.25. Praha červen 2004; 6.
4. Mikšová Z, Janošíková M, Zajíčková M. Kapitoly ošetrovatelské péče II., vydání první 1998; 102.
5. I. kongres Mezioborová spolupráce při léčbě ran a kožních defektů. 8.–9. 11. 2002 Pardubice. Ústní sdělení.
6. Šrámová H. a kol. Nozokomiální nákazy II. Praha: Maxdorf-Jessenius, 2001.
7. Trachtová E. a kolektiv, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1999; 67–68.