

Súhrn: Dekubitus je indikátorom kvality nemocníc. Minimalizovanie počtu dekubitov znamená zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Do rizikovej skupiny patria ležiaci pacienti, plegici s poškodením miechy, pacienti vo veľmi vážnom kritickom stave s poruchou mikrocirkulácie, pacienti v bezvedomí, pacienti nad 70 rokov. Pri liečbe dekubitov je potrebná celková starostlivosť o pacienta, správna výživa, hydratácia a kompenzácia pridružených ochorení. Existuje množstvo spôsobov liečby rán, je však nutné vždy zvoliť taký, ktorý čo možno najlepšie vyhovuje všetkým aspektom daného problému.

Kľúčové slová: dekubitus, kontinuum hojenia rany, ošetrovanie dekubitu

Summary: Decubitus is the indicator of hospitals' quality. Minimizing of the number of decubitus means increase of health care quality. The risk group involves recumbent patients, plegic patients with spinal cord damage, patients in very serious critical state with microcirculation malfunction, patients in unconsciousness and patients over the age of 70. Within treatment of decubitus, necessary is total care of patient, correct nutrition, hydration and compensation of associated diseases. There exist a number of ways of wound treatment, however, it is inevitable always to choose such a way that fits the best to all aspects of the relevant problem.

Key words: decubitus, continuum of wound healing, treatment of decubitus

Dekubitus – indikátor kvality

Dekubitus je indikátorom kvality nemocníc. Minimalizovanie počtu dekubitov znamená zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Najväčší dôraz je potrebné venovať prevencii ich vzniku. Čelí vzniku dekubitov je potrebné na celonárodnej úrovni prostredníctvom multidisciplinárnych tímov. Problém výskytu dekubitov bol na Slovensku dlhodobo tabu. Verejnosť ich dlho vnímala ako sprievodný jav celkového zhoršenia zdravotného stavu pacienta. Od januára 2012 na príkaz MZ SR Ivana Uhliarika sú dekubity dôsledne zaznamenávané v nemocniciach a v zariadeniach sociálnych služieb. Prevencia dekubitov je na Slovensku na neuspokojivej úrovni. Zlá prevencia je odrazom nedostatku ošetrojúceho personálu, odrazom nedodržiavania personálnych noriem, dôsledkom nedostatku vyhovujúcich a polohovateľných postelí, antidekubitových matracov, nedostatočného a neefektívneho polohovania pacientov, nedodržiavanie vhodnej a primeranej hygieny, výživy a hydratácie.

Dekubitus

Dekubitus – preležanina, je rana, ktorá je spôsobená pôsobením dlhotrvajúceho tlaku na tkanivo. Je dôsledkom miestneho obehového zlyhania v koži alebo v podkožných tkanivách. Veľkosť dekubitu závisí od veľkosti tlaku, času pôsobenia tlaku, od celkového zdravotného stavu pacienta a od vplyvu vonkajších podmienok. Pri pôsobení tlaku dochádza k vazodi-

latácii ciev a k opätovnému okysličeniu tkanív – reaktívna hypertermia. Dekubitus pri pôsobení vysokého kontaktného tlaku môže vzniknúť vo veľmi krátkom čase, behom niekoľkých minút alebo hodín. Lokalizovaný tlak priamo nepoškodzuje tkanivo, poškodzujúcim faktorom je kompresia kapilár, ktorá zbavuje tkanivo kyslíka a potrebného prísunu živín. Do rizikovej skupiny patria ležiaci pacienti, plegici s poškodením miechy, pacienti vo veľmi vážnom kritickom stave s poruchou mikrocirkulácie, pacienti v bezvedomí, pacienti nad 70 rokov...

Hojenie ako proces

Hojenie je zložitý proces, každý krok musí logicky nadväzovať na predchádzajúci, musí viesť k progresii a k stavbe nového tkaniva. Vyžaduje si dôsledné a efektívne plánovanie jednotlivých činností a zaistenie kontinuity diagnosticko – terapeutických postupov. Nehojaca sa rana je multiodborový problém, ktorý je podmienený multifaktoriálne. Hojenie je fyziologický proces, pri ktorom dochádza k obnoveniu porušenej štruktúry a funkcie kože. Poškodené tkanivo je nahrádzané väzivovým tkanivom. Hojenie je prirodzeným obranným systémom pohybu a delenia buniek. Prebieha v niekoľkých fázach, ktoré sa navzájom prelínajú a nadväzujú na seba. Základnými fázami hojenia rany sú fáza exsudatívna – zápalová (fáza čistenia), fáza proliferatívna – zápalová (fáza čistenia), fáza proliferatívna – zápalová (fáza čistenia) a fáza reepitelizačná (fáza epitelizácie). Proces hojenia dekubitu ovplyvňujú systémové a lokálne faktory.

Kontinuum hojenia rany – Wound Healing Continuum

Hodnotenie správneho postupu pri hojení rán je zložitá. Kontinuum hojenia rany (obr. 6) je pomôcka, ktorá napomáha pri identifikácii hlavných znakov hojenia rany a určenia adekv-

Obr. 1 Faktory ovplyvňujúce proces hojenia

Systémové faktory	Lokálne faktory
základná príčina poruchy integrity kože	porucha hemodynamiky
pridružené ochorenie	hĺbka rany
vek	veľkosť rany
nutričný stav	spodina rany
farmakoterapia	lokalizácia rany
hematologické poruchy	okolie rany
centrálna hypoxia	prítomnosť infekcie v rane
imunita	chronicita rany
nádorové ochorenia	lokálna hypoxia okolia rany
spánok	teploty rany
psychický stav a bolesť	prítomnosť cudzieho telesa
systémová infekcia	riziko infikovania rany
abúzus návykových látok	
životný štýl	

vátneho postupu intervencií. Je významnou pomôckou pre výber typu terapeutického materiálu v ošetrovateľskej starostlivosti. Je založená na rozpoznaní farby, ktorá na spodine rany prevláda a je pre hojenie rany najdôležitejšia (čierna, čierno – žltá, žltá, žltá – červená, červená, červená – ružová, ružová). Pri úspešnom hojení rany sa mení dominantná farba spodiny rany zľava doprava, teda od čiernej k ružovej. Vyberieme farbu podľa škály, nastavíme liečbu a snažíme sa postúpiť v hojení pomyselne doprava. Pokiaľ zhodnotíme ranu ako žltú, nastavenou liečbou sa snažíme žltú farbu zo spodiny rany odstrániť a postúpiť na stupnici farieb k žltočervenej, ďalej červenej.... Pokiaľ od žltej farby postúpime k žltočiernej, terapia je nastavená nesprávne a naše hojenie je neúspešné.

Vstupné zdokumentovanie dekubitu

Dokumentácia ošetrovania rany je potrebná z dôvodu medicínskeho a forenzného, z dôvodu zaistenia kontinuity ošetrovateľskej starostlivosti a spätného posúdenia adekvátnosti postupov a výberu vhodných materiálov. Je nástrojom kontrolných mechanizmov. Sleduje postup liečby lege artis. Primárne zhodnotenie zdravotného stavu pacienta a rany je vždy v kompetencii lekára, priebežné hodnotenie v kompetencii sestry. Hodnotenie dekubitu zahŕňa parametre ako je lokalizácia, veľkosť rany, etiológia rany, typ a klasifikácia spodiny rany, hodnotenie exsudátu, charakter sekrécie, stav kože a okolia rany, zápach z rany. Dôležitú výpovednú hodnotu má fotodokumentácia dekubitu. Z legislatívneho hľadiska nie je potrebné získanie písomného súhlasu chorého, avšak treba dodržať etické normy. Fotodokumentácia umožňuje presný záznam aktuálneho stavu rany. Je potrebné dodržiavať zásadu anonymity. Ide o možnosť spätného overenia príslušných dát.

Ošetrovanie dekubitu

Existuje množstvo spôsobov liečby rán, je však nutné vždy zvoliť taký, ktorý čo možno najlepšie vyhovuje všetkým aspektom daného problému. Prihliada sa predovšetkým na typ a stav rany samotnej, ale často aj na finančnú náročnosť liečby, pohodlie pacienta a ošetrojúceho personálu, dostupnosť liečby a dĺžku jej trvania. Lokálne ošetrovanie dekubitu je závislé od stavu defektu. Vykonáva ho sestra na základe ordinácie lekára. Lokálne ošetrovanie sa riadi presnou osnovou. Ošetrovanie dekubitu začína posúdením (Kontinuum hojenia rany) a zdokumentovaním stavu rany na základe fázy hojenia rany. Podľa potreby pokračuje dôkladnou toaletou rany, odstránením prítomnosti nežiaducich prvkov v okolí a v samotnej rane (používať oplachové roztoky, ktoré nemajú cytotoxický a alergizujúci efekt, nevyvolávajúce bakteriálnu

rezistenciu). Pokračuje ošetrovaním okolia rany, výberom vhodného materiálu s cieľom zabezpečiť vlhké prostredie, stabilnú teplotu v rane a zabezpečiť nepríľnavosť materiálu. Vlhké terapeutické krytia pracujú na princípe udržania optimálne vlhkého prostredia v rane. Vďaka tomu podporujú granuláciu a epitelizáciu rany, udržiavajú konštantnú teplotu, odvádzajú exsudát a netraumatizujú ranu pri preväzoch. Väčšina produktov vlhkého krytia chráni ranu pred sekundárnou infekciou, eliminuje riziko macerácie, zlepšuje stav spodiny rany. Ich používanie prispieva k zníženiu ekonomických nákladov na liečbu týchto rán. Podľa potreby možno použiť sekundárne krytie rany, ktorého úlohou je udržanie materiálu na danom mieste, resp. poskytuje možnosť vizuálnej kontroly stavu rany. Pri ošetrovaní dekubitu je potrebné dodržať zásady barierovej ošetrovateľskej starostlivosti, zásady asepsy a antisepsy. Pri veľkoplošných dekubitoch súčasťou preväzu musí byť ústenka, zakrývajúca nos a ústa. Konečnou fázou ošetrovania dekubitu je uloženie pacienta do vhodnej polohy, zlikvidovanie zbytkov po preväze a zaznamenanie preväzu do zdravotnej dokumentácie pacienta. Pri liečbe dekubitu je potrebná celková starostlivosť o pacienta, správna výživa, hydratácia a kompenzácia pridružených ochorení. Dôležitým aspektom liečby je efektívne a časté polohovanie pacienta, dôkladná starostlivosť o kožu inkontinentných pacientov.

Kazuistika

Dňa 20. 1. 2012 o 13.30 hod bola privezená na OAIM FN Trenčín 72-ročná pacientka, ktorá utrpela zranenia ako spolujazdkyňa pri dopravnej nehode. Pacientka zakliesnená v osobnom motorovom vozidle, bola vyprosťovaná. Na mieste nehody došlo k rozvoju poruchy vedomia, na kladené otázky odpovedala so stále zvyrazňujúcou latenciou. Na základe zhoršovania vedomia bola orotracheálne zaintubovaná a napojená na riadenú pľúcnu ventiláciu. Pacientka bola podchladená, mala mnohopočetné krvácajúce tržné poranenia v oblasti tváre. Posádkou RLP privezená do FN Trenčín. Pacientka prijatá na OAIM s dg: Polytraumatizmus
Haematoma subdurale acutum l. sin
Haemorrhagia subarachnoideale l. sin
Suspektné difúzne axonálne poškodenie
Fractura ossis zygomatici l. dx
Fractura compressiva vertebrae C6 (instabilná)
Fractura vertebrae Th1 a Th8
Rotácia stavca C1 doprava o 15°

Kraniocerebrálne poranenie bolo riešené konzervatívne. 21. 1. 2012 pacientke zavedený do mozgu snímač intrakraniálneho tlaku Coodman katéter, za 10 dní vykonaná v celkovej anestézii tracheostómia. Pacientka sa po 6 týždňoch preberá k vedomiu, pretrvávajúca kvalitatívna porucha vedomia, snaží

sa spolupracovať, aktívne pohybuje všetkými končatinami, svalová sila slabá, dýcha spontánne, pľúca bez patologických fenoménov, dobre oxygenovaná bez kyslíkovej liečby. Pacientka cirkulačne stabilizovaná, normotenzná, intermitentne recidíva FAP, subfebrilná, diuréza dostatočná, enterálna výživa cez PEG. Po 60 dňoch dochádza u pacientky ku vzniku tracheoesophageálnej fistuly. V prvý deň hospitalizácie naložený fixačný golier Filadelfia, zákaz polohovania pacientky, kľud na lôžku. U pacientky denne vykonávaný celkový kúpeľ, koža ošetrovaná protektormi Menalindovej rady, využitie dostupné AD pomôcky, pasívny AD matrac. Záhlavie vypodkladané penovými vankúšikmi Zetuvit (zníženie priameho permanentného pôsobenia tlaku goliera). Kľudový režim ukončený 6. 3. 2012, začaté polohovanie a vysadzovanie pacientky na posteľ, uvoľňovanie fixačného goliera každú hodinu na cca 5 minút za prítomnosti a fixácie hlavy rukami sestry.

17. 2. 2012, asi mesiac po úraze, dochádza k náhlemu narušeniu integrity kože na záhlaví hlavy v oblasti tlaku Filadelfie, k rozvoju dekubitu III. stupňa, veľkosti 8 x 8 x 1 cm, silne zapáchajúceho (obr. 2). Dekubit v zmysle prevencie a ošetrovania ťažko dostupný, ťažko technicky ošetrovateľný. Dekubit nepravidelného tvaru, hnिसavý sekret z rany, spodina rany silne secernujúca, potiahnutá, zapálená, silne zapáchajúca, okolie rany začervenané. Pacientke zhotovená fotodokumentácia, vypracovaná mapa a plán starostlivosti o dekubit, vyhodnotená spodina rany (viď. Kontinuum hojenia rany) a zahájené intenzívne ošetrovanie.

Dekubit vzhľadom na prítomnosť infekcie a hnísavého zápachu každé 2–4 hodiny ošetrovaný lokálnymi obkladmi superoxydovaného roztoku Dermacyn. Po 48 hodinách ustupuje zápach, dekubit naďalej ošetrovaný superoxydovaným roztokom, na spodinu rany prikladaný masťný tyl s obsahom striebra. Rana ošetrovaná a kontrolovaná v 24-hod cykloch. Po 72 hodinách pridaná liečba masťným tylom s obsahom striebra, sekundárne prekrytie Zetuvitom.

Záver

„Nie je väčšie poslanie ako slúžiť svojim bližným. Neexistuje väčší prínos ako pomoc slabým. Neexistuje väčšie uspokojenie, než aby sme to urobili dobre.“ (Walter Reuther, zástanca práv, USA). Každú chvíľu, aj teraz vznikajú a pribúdajú pacientom dekubity a chronické rany. Zastaviť a liečiť dekubity znamená konať akútne, komplexne a účelne. Zaoberať sa iba prevenciou nepomôže. Dekubity sú tu a sú súčasťou zdravotníckych zariadení a zariadení sociálnych služieb. Musíme vynaložiť všetko úsilie, nielen na ich prevenciu, ale aj liečbu.

Obr. 2 17. 2. 2012



Obr. 3 8. 3. 2012



Ošetrovanie: polohovanie, znižovanie tlaku, uvoľňovanie fixačného goliera, posadzovanie na posteli, lokálne superoxydovaný roztok Dermacyn do rany, na spodinu rany masťný tyl s obsahom striebra – Atrauman Ag, sterilné sekundárne krytie – Zetuvit.

Obr. 4 29. 3. 2012



Ošetrovanie: polohovanie, znižovanie tlaku, uvoľňovanie fixačného goliera, posadzovanie na posteli, lokálne superoxydovaný roztok Dermacyn do rany, na spodinu rany masťný tyl s obsahom striebra – Atrauman Ag, jazva ošetrovaná kyselinou hyalurónovou Hyodine, zaisťujúcou dobrú hydratáciu a interakciu regulačných peptidov a proteínov s bunkami, prekrytie sterilným sekundárnym krytím – Zetuvit.

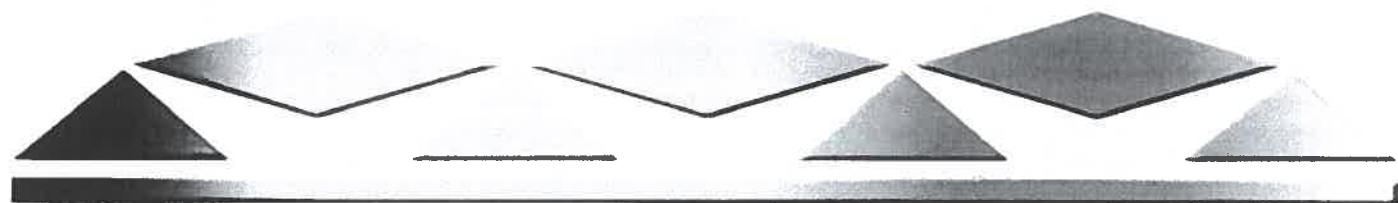
Obr. 5 11. 4. 2012



Dekubitus zahojený.

11. 4. 2012 pacientka pri vedomí, stabilizovaná, po dohovore preložená na vyššie pracovisko k ďalšej plánovanej operačnej liečbe.

Obr. 6 Kontinuum hojenia rany



LITERATÚRA:

1. Pokorná A., Mrázová R. (2012): Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada Publishing, s. 191
2. Mikula J., Mullerová N. (2008): Prevence dekubitů. Praha: Grada Publishing, s. 96
3. Krajčík Š., Bajánová E. (2012): Dekubity, prevencia a liečba v praxi. Bratislava: Herba, s. 85
4. Botíková A., Ryska A. (2012): Moderné ošetrovanie chronických rán. Praha: Ottova tiskárna, s. 96
5. <http://www.hojenieran.sk/diagnozy/dekubitus>
6. <http://www.acare.sk/hojenie-ran-wound-care/item/62-roztoky>
7. <http://www.zzz.sk/?clanok=13138> november 2013, Deklarácia Rio de Janeiro
8. http://www.wounds-uk.com/pdf/content_9505.pdf 2004, D.Cray, R. White, P. Cooper, A. Kingsley