



Proleženiny - akční plán

Care of Sweden - dodavatel zdravotnických technologií od roku 1992

Společnost Care of Sweden se zabývá vývojem a propagací zdravotnických technologií a služeb pro zdravotnictví. Naší specializací jsou matrace s různými specifickými vlastnostmi a funkcemi. Součástí naší výrobní řady pro profesionální použití jsou i pečovatelské doplňky.

Firma Care of Sweden tento akční plán vytvořila, aby zvýšila obecné povědomí o proleženinách, o jejich příčinách a následcích. Je vhodný také pro každodenní použití při předcházení a léčbě proleženin.

Úvod

Proleženiny jsou zdravotní komplikací, která způsobuje nemalé potíže nejen pacientovi, ale i jeho blízkým a ošetřujícímu personálu. Péče o pacienty s proleženinami se ve zdravotnickém zařízení promítne hlavně do zvýšených nákladů.

Při správné identifikaci rizikových skupin volbou příslušných zdravotnických opatření a postupů v péči však k většině proleženin vůbec nemusí dojít.^(1,2,3)

Způsobu vzniku proleženin současná věda příliš nerozumí, existuje ovšem několik teorií. Jedna teorie zastává názor, že zranění začne na povrchu kůže a postupuje hlouběji do tkání (teorie “shora dolů”). Druhá teorie zastává opačný názor, tedy že proleženina se začne vyvíjet hluboko ve tkáních a postupuje směrem k povrchu kůže (teorie “odspoda vzhůru”). Tato teorie se opírá o předpoklad, že svalová tkáň je citlivější na omezený či zastavený průtok krve než kůže.⁽³⁾



Definition of pressure ulcers

Definice proleženiny: Proleženina je lokalizovaný úraz kůže a/nebo podkožní tkáně, většinou v oblasti nad kosterním výběžkem, zapříčiněný buďto pouze tlakem, nebo tlakem v kombinaci s působením střížné síly. Uvádí se celá řada faktorů, které by se mohly podílet na vzniku proleženin, nicméně vážnost takového přičinění nebyla do nynějška prozkoumána.⁽⁴⁾

U vzniku proleženin bylo popsáno velmi mnoho rizikových faktorů. Pravděpodobnost vzniku proleženiny závisí na kombinaci rizikových faktorů a přímého tlaku. U tlaku z hlediska rizika vzniku proleženin rozeznáváme dvě kritéria: sílu tlaku a čas, po který je tkáň tlaku vystavena. Citlivost na tlak je ovšem u různých jedinců různá, liší se i napříč druhy tkání.⁽²⁾

Několika rizikovými faktory zaznamenanými u pacientů jsou: pokročilý věk, snížená pohyblivost, celkově zhoršený zdravotní stav, inkontinence, akutní onemocnění, neurologická onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, terminální stadium nemoci a prodělané proleženiny.

Mezi externí příčiny, známé též jako rizikové faktory prostředí, patří tlak, střížná síla (která působí, když se po sobě posouvají různé vrstvy tkáně), tření, teplota a vlhkost. Dlouhá období strávená vleže či vsedě, ohrožení částí těla vystavených tlaku, nesprávné použití technik či pomůcek při přesouvání pacienta.^(5,6)

Zhodnocení rizik

Zhodnocení rizik rozvoje proleženin musí být provedeno co nejdříve po příchodu pacienta.

U všech pacientů se zvýšeným rizikem by měla být přijata preventivní opatření a sestaven individuální plán. Takový plán péče popisuje cíle, následuje realizace naplánovaných opatření

a na závěr se popíší a zhodnotí výsledky.⁽²⁾

Zhodnocení rizik by se mělo pravidelně opakovat, obzvláště při změnách zdravotního stavu pacienta, po chirurgických zákrocích a těsně před propuštěním, aby byly relevantní informace dostupné i zdravotnickému personálu přebírajícímu péči o pacienta. Díky zhodnocení rizik a jasným pravidlům pro předcházení proleženinám jsou riziková pacienta včas identifikována a může jim být poskytnuta odpovídající péče.

Pro zajištění adekvátní péče a efektivního dlouhodobého sledování zdravotního stavu pacienta je důležité pečlivě dokumentovat a následně i zhodnotit efektivitu všech preventivních kroků a zajistit komunikaci v týmu i napříč úrovněmi zdravotnického personálu. Rizikové faktory, které jsou identifikovány během procesu zhodnocení rizik by měly sloužit k zhotovení individuálního plánu péče.^(4,8,11)

Zhodnocení rizik, prohlídka kůže a preventivní kroky musí být zaznamenány do dokumentace pacienta v souladu se Zákonem o zdravotních službách. Tento bod je nesmírně důležitý pro bezpečí pacienta a pro zajištění poskytnutí kvalitní lékařské péče. Je také důležité, aby záznamy obsahovaly dodatečné informace ohledně plánovaných opatření pro pacienta/klienta tak, aby všichni mohli směřovat své úsilí stejným směrem.^(2,12,13)

Zhodnocení rizik může být provedeno jedním z dostupných nástrojů zhodnocení rizik a může doplňovat klinické vyšetření.⁽⁶⁾

Rozšířená stupnice Nortonové hodnotí osm oblastí: mentální kondici, fyzickou aktivitu, mobilitu, příjem potravy, příjem tekutin, inkontinenci a celkovou fyzickou kondici. Maximální skóre je 28, přičemž osoby mající 20 bodů a méně jsou vznikem proleženin ohroženi.⁽⁷⁾

Škála RBT/RAPS sleduje fyzickou aktivitu, schopnost pohybu, úroveň vystavení kůže vlhkosti, příjem potravy, příjem tekutin, vnímání, tření a střížnou sílu, tělesnou teplotu a sérový albumin. Maximální skóre je 39, přičemž osoby mající 31 bodů a méně jsou vznikem proleženin ohroženi.⁽⁸⁾

Bradenová škála zkoumá pět různých oblastí: senzitivní vnímání, vlhkost pokožky, aktivitu, mobilitu a tření a střížnou sílu. Skóre 18 a méně bodů naznačuje, že je u osoby riziko vzniku proleženin.⁽⁹⁾

Waterlowova škála zkoumá devět oblastí: Poměr výška/váha, inkontinence, typ kůže, medikace, operace/trauma, neurologické poruchy, pohyblivost, chuť k jídlu, pohlaví a věk. Skóre 10 a vyšší naznačuje riziko vzniku proleženin.⁽¹⁰⁾

Tabulku zhodnocení rizika proleženin lze objednat od Care of Sweden, +46 771-106 600. Mobilní aplikaci zhodnocení rizika proleženin lze stáhnout na iPhone/iPod Touch v Appstore a na zařízení se systémem Android v obchodě Google Play.



Oblast výskytu a klasifikace

Proleženiny se mohou vyskytnout kdekoliv na těle. Oblasti, které jsou na proleženiny zvláště náchylné, jsou oblasti hýždí, hřebenu kyčelního, křížová oblast, oblast lopatek, temenní a týlní oblast hlavy, paty a kotníky.⁽¹⁴⁾ Proleženiny mohou také postihnout jiné části těla, proto dbejte zvýšené opatrnosti při zhodnocování oblastí, které mohou být vystaveny tlaku lékařského vybavení, např.: katétrů, sádrových obvazů, kyslíkových brýlí či pokud je osoba intubována.^(4,6,12)

Prohlídka kůže

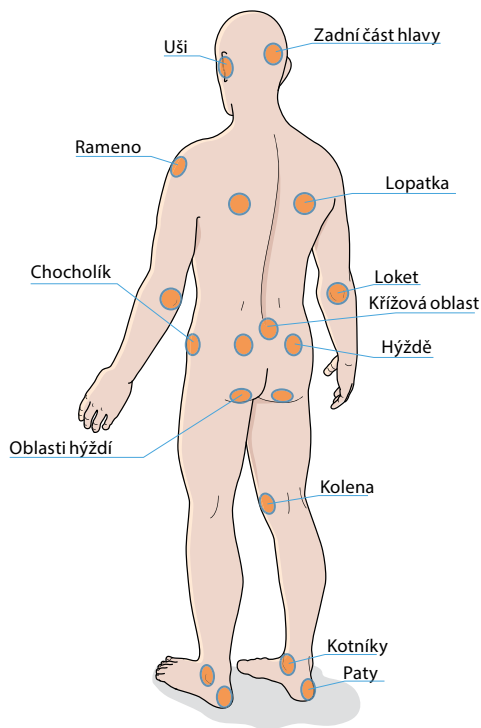
Oblasti vystavené tlaku je nutné prohlédnout co nejdříve po příchodu pacienta.

Proleženiny jsou rozděleny do kategorií ve škále od 1 do 4. U rizikových pacientů, u pacientů upoutaných na lůžko a u pacientů používajících kolečkové křeslo je třeba prohlídku provádět denně.⁽²⁾

Rozlišujeme poškození zapříčiněné tlakem a vlhkostí, i když často se dá klasifikovat jako kombinace obou příčin.

Poškození vlhkostí je vždy zapříčiněné právě vlhkostí. Okraje proleženiny jsou často rozlité nebo nepravidelné. Z poškození vlhkostí nikdy nevzniká nekróza. Často k němu dochází v ohybech kůže a jedná se o povrchové poškození.

K poškození tlakem často dochází nad kosterními výčnělky. Okraje zranění jsou většinou velmi dobře rozlišitelné a může docházet k nekrotám.⁽⁶⁾



© Care of Sweden

Klasifikace proleženin

Kategorie I

Zarudnutí, které vlivem tlaku nemizí. Neporušená kůže s jasně ohraničeným zarudnutím nemizějícím vlivem tlaku, většinou nad kosterním výběžkem. Na tmavé, pigmentované kůži nemusí být tyto známky zřetelné, nicméně barva kůže je odlišná od barvy kůže v okolí. Oblast může být bolestivá, pevná či měkká a teplejší či chladnější než oblasti jinde na těle. Proleženiny kategorie I se obtížně nachází u lidí s tmavšími odstíny pleti. Proleženiny kategorie I mohou být indikátorem zvýšeného rizika rozvoje hlubších proleženin u pacienta.⁽⁴⁾



Kategorie I

Zarudnutí, které vlivem tlaku nemizí.

Kategorie II

Částečné poškození kůže.

Částečné poškození kůže, které vypadá jako povrchový otevřený vřed s narůžovělou spodinou bez fibrinového povlaku. Může se také jednat o nepoškozený či otevřený/natržený puchýř naplněný krevním sérem či krví. Vypadá jako lesklý či suchý povrchový vřed bez fibrinového povlaku nebo jako povrchový hematom. Do této kategorie by neměla být zařazena poškození jako natržená kůže, odřeniny zapříčiněné lepicí páskou, záněty kůže spojené s inkontinencí, ani macerace kůže.⁽⁴⁾



Kategorie II

Částečné poškození kůže.

Kategorie III

Celkové poškození kůže.

Podkožní tuk je viditelný, kost, šlacha ani sval viditelné nejsou. Může být vidět fibrinový povlak, který ovšem nezakrývá hloubku poranění. Může se objevit poddolování a tunely. Hloubka proleženiny kategorie III se může lišit dle umístění na těle. Oblast kořene nosu, uší, zadní části hlavy a kotníků neobsahují žádný podkožní tuk, takže proleženiny kategorie III se zde mohou jevit povrchové. Naproti tomu v oblastech s velkým množstvím podkožního tuku se mohou rozvinout velmi hluboké proleženiny kategorie III. Kost ani šlachy nelze vidět ani nahmatat.⁽⁴⁾



Kategorie III

Celkové poškození kůže.

Kategorie IV

Hluboké poškození tkání včetně kosti, šlachy či svalu. Může být viditelný fibrin či nekróza. Často se objevuje poddolování a tunely. Hloubka proleženiny kategorie IV se může lišit dle umístění na těle. Například oblasti kořene nosu, uší, zadní části hlavy a kotníků neobsahují žádný podkožní tuk, takže proleženiny kategorie IV zde mohou být povrchové. Proleženiny kategorie IV mohou zasáhnout svaly a podpůrné struktury (např. fascii, šlachy či kloubní pouzdra), což znamená, že může dojít k osteomyelitidě či k ostitidě. Odkrytou kost či sval lze vidět či nahmatat.⁽⁴⁾



Kategorie IV

Hluboké poškození tkáně

Těžkou nekrózu kategorizujeme jako kategorii 4, i když je kůže nepoškozená, k čemuž může dojít například na patách.⁽²⁾

Je důležité, aby lékařský personál, který prohlíží kůži, uměl správně zhodnotit a kategorizovat proleženiny. V rámci EPUAP byl za účelem zlepšení znalostí ohledně klasifikace proleženin spuštěn webový školicí program PUCLAS (Pressure Ulcer Classification, Klasifikace proleženin)^(6,22).



Preventivní opatření

Předcházení proleženinám vyžaduje spolupráci celého týmu a v úvahu by měla být brána následující opatření.

Zhodnocení kůže/péče o kůži

Prohlídka kůže musí zahrnovat zhodnocení vlhkosti kůže a výskyt popraskání, edému, zvýšené teploty, zatvrdlé či změkklé kůže, ekzému či vyrážky.

Pravidelné prohlídky kůže jsou nezbytné, aby bylo možné včas odhalit výskyt proleženin. Kůže musí být udržována suchá, čistá, jemná a hebká pomocí zvlhčujícího krému. Výrobky pro péči o kůži musí být neparfemované a prosté alergenů. Uvolněná kůže (macerace) musí být ošetřována například křecím krémem.

Vlhkost a zvýšená teplota jsou faktory, které zvyšují citlivost kůže na tlak a střížnou sílu. Nikdy nepoužívejte masáž jako preventivní opatření, protože při ní dochází ke stlačení kapilár a zvyšuje se tak riziko poškození. Při mytí se nesmí kůže drhnout, protože při drhnutí může docházet k poškození tkáně, zvláště u starších pacientů s jemnou kůží.^(2,4,5,6)

Odlehčení tlaku/rozložení tlaku

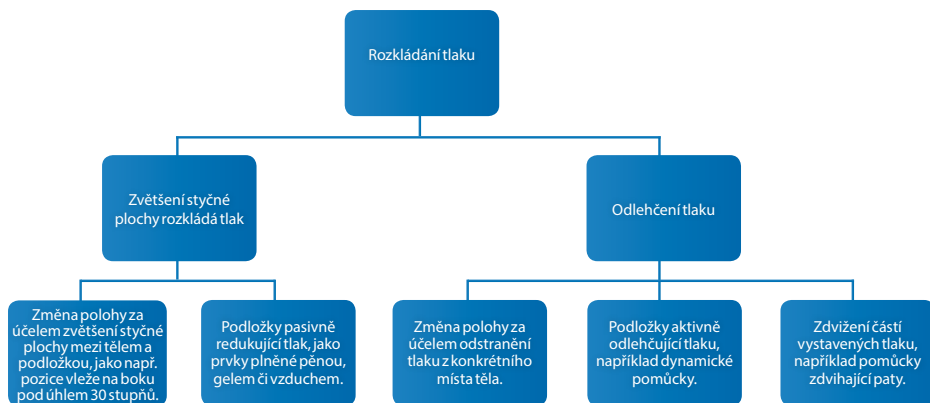
Prvním preventivním opatřením by mělo být zhodnocení matrace či sedáku, které osoba se zvýšeným rizikem rozvoje proleženin používá. Všechny osoby se zvýšeným rizikem by měly mít předepsanou podložku, která rozkládá tlak, či tlaku odlehčuje.

Rozložení tlaku snižuje tlak na kůži, používají se materiály jako pěna, vlákno, gel a statické výrobky. Odlehčení tlaku za použití proměnného tlaku zcela ruší samotný tlak na kůži.⁽⁵⁾

Volba podložky by měla být založena na individuálních požadavcích na úlevu od tlaku a také tak, aby docházelo ke zvyšování pohyblivosti pacienta. Je třeba dbát na hmotnost pacienta, výskyt proleženin a jejich kategorii, čas strávený vleže/vsedě a pohyblivost. Záleží také na volbě druhu lůžka. Pokud je pacient schopný sám vstát z postele, nesmí být postel příliš vysoká. Individuální potřeby se mohou časem měnit, proto je nutné kůži prohlížet pravidelně.

Změna poloh musí být prováděna v závislosti na přáních a požadavcích pacienta, bez ohledu na typ zvolené podložky.

Podložky, které jsou v provozu 24 hodin denně a 365 dní v roce, jsou vystaveny extrémnímu opotřebení a musí být pravidelně prohlíženy a dle potřeby obměňovány. Jak matrace, tak sedáky jsou spotřební materiál.^(2,5,6)



Obr. 3. Metody rozložení tlaku.⁽²⁾
odkaz na metody rozložení tlaku SKL, strana 7.⁽²⁾

Aktivita

Přirozenou obranou těla proti rozvoji proleženin a jiných komplikací zapříčiněných upoutáním na lůžko je pohyb. Lidé se sníženou citlivostí, paralyzovaní, trpící křečemi či lidé v bezvědomí nereagují na varovné signály vlastního těla kvůli snížené nebo poškozené reaktivitě či neschopnosti cítit bolest či nepohodlí. Proto je nutné těmto pacientům pravidelně pomáhat měnit polohu těla. Správnou cirkulaci obvykle zajistí malé a časté změny polohy těla.⁽¹⁵⁾

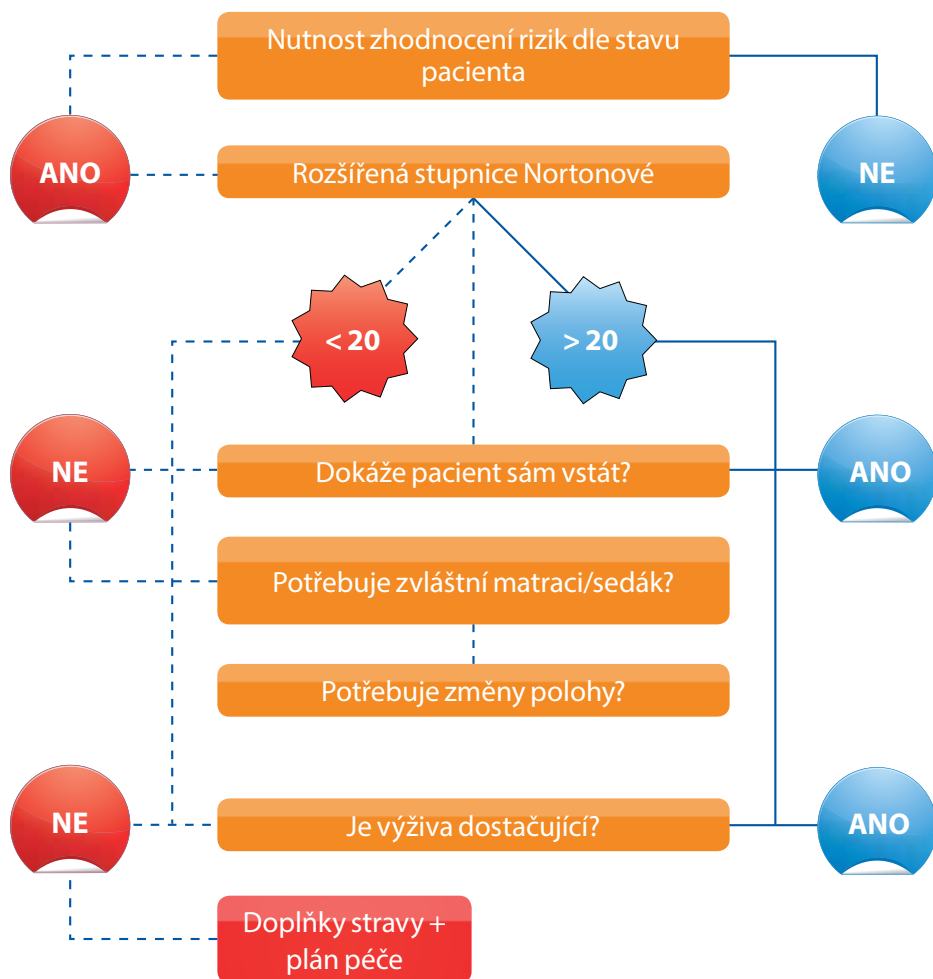
Změna polohy

Toto by mělo odpovídat individuálním potřebám a zdravotnímu stavu. Je třeba upravit polohy vleže a vsedě takovým způsobem, aby se minimalizoval tlak mezi podložkou, kůží a kosterními výběžky. Čas, po který může osoba sedět či ležet, aniž by změnila polohu, by neměl překročit dvě hodiny, je ovšem velmi individuální. Pravděpodobnost rozvoje proleženiny závisí na síle a trvání tlaku na tkáň. Tyto hodnoty jsou ovšem velmi individuálně odlišné a dalšími rozhodujícími faktory jsou části těla, na které je tlak vyvíjen a celkový zdravotní stav pacienta.

Pokud je to možné, používejte ke změně polohy pacienta pomůcky. Předejdete tak vlastní nadměrné námaze a snížíte riziko poranění pacienta střížnými silami či třením po podložce. Nikdy klienta neumísťujte tak, aby jeho váha spočívala na kosterním výběžku, nad kterým je již zarudlá kůže. Zarudnutí kůže znamená, že kůže v této oblasti se ještě nestačila zotavit z předchozího působení tlaku a není vhodné na tuto oblast působit žádným dalším tlakem.

Z hlediska snížení rizika rozvoje proleženin u pacienta je důležité zkrátit dobu vystavení tlaku a snížit sílu tlaku, kterému je pacient vystaven.^(4,5,15)

Modifikovaný diagram zhodnocení rizik dle Eily Sternerové, 2012



Lying

Pozice vleže pod úhlem 30°, střídání mezi levou a pravou stranou, odlehčení křížové oblasti, kyčelního hřebenu, boků a pat. V případě potřeby umístěte mezi kolena pacienta polštářek, abyste ulevili tlaku. Zkontrolujte, zda na vnitřní ani vnější stranu prstů na nohách, kotníky nebo chodidla nepůsobí tlak. Změna polohy vždy zvýší tlak na jinou část těla.

Pozice napůl vsedě v posteli zvyšuje tlak na křížovou oblast a zvyšuje riziko poškození střížnými silami, pokud pacient sklouzne dolů.

K úlevě od tlaku a polohování pacienta je dle potřeby a v závislosti na diagnóze dostupná celá řada polštářků.^(15,18,19,20)

Paty

Paty jsou oblastí s velkým rizikem rozvoje proleženin. Mikrocirkulace je slabá a patní kost je blízko povrchu kůže. Je velmi důležité v této oblasti zcela odstranit tlak.

Dobрым řešením je například umístění polštářku podél lýtky. Pozor: ujistěte se, že umístění polštářku nezvyšuje tlak na Achillovu šlachy, a že nezasahuje pod patu. Dále je možné zvýšit žilní návrat a snížit riziko vzniku trombóz zvednutím spodní části lůžka o 10°.^(5,6)

Sezení

V pozici vsedě nese většinu váhy oblast hýždí a stehen. Nedostatečné odlehčení tlaku v pozici vsedě má za následek proleženiny v oblasti nad sedacími kostmi (tuber ischii).

Hlavním faktorem určujícím rozvoj proleženin je čas strávený vsedě. Doba, po kterou je pro pacienta bezpečné setrvat vsedě, závisí na kategorii rizikovosti rozvoje proleženin a je vždy individuální.

Správný sed je takový sed, při kterém vektor gravitační síly prochází od těžiště těla sedacími kostmi směrem od zad dopředu. Správná výška sedu je taková, při níž jsou kolena stejně vysoko nad zemí jako kyčle. Nohy musí vždy spočívat buďto na zemi nebo na stoličce, jinak osoba ztrácí stabilitu a zvyšuje se riziko sesunutí vpřed.

Nesprávná poloha sedu zvyšuje tlak na sedací kosti. Zajistěte, aby pacient neskouzl z židle, předejete tak úrazům střížnými silami a odřeninám. Hlavním cílem polohování pacienta vsedě je jeho osobní pohodlí. Pohodlí pacienta by zde mělo být na prvním místě. Jedinou osobou, která může říct, jestli je daný sed pohodlný, je osoba, která sedí.

Je třeba upravit polohy vleže a vsedě takovým způsobem, aby se minimalizoval tlak mezi podložkou, kůží a kosterními výběžky.^(5,16)

Mikroklima a vlhká kůže

Mikroklima, nebo jinými slovy teplota a vlhkost v oblasti mezi kůží pacienta a podložkou, je velmi důležitým faktorem při rozvoji proleženin.

Mechanické vlastnosti kůže se v závislosti na vlhkosti a teplotě mění. Kůže se stane citlivější a zvyšuje se riziko poškození tlakem, střiznými silami a třením.

Pleny a jiné plastové pokrývky mohou při pozicích vleže i vsedě vést k poškození tkání a zvyšovat tak pravděpodobnost rozvoje proleženin. Proto by měly být odstraněny všechny pomůcky, které nejsou nezbytné. Čím méně materiálu se nachází mezi pacientem a podložkou, tím spíše dojde k odlehčení od tlaku.^(4,5,6)

Výživa

Pacienti, kteří mají nadváhu nebo jsou podvyživení, dehydratovaní nebo mají snížený příjem potravy, mají větší riziko rozvoje proleženin.

Aby byl zaručen dostatečný přísun energie, je třeba jim podávat snídani, oběd, večeři a tři svačiny. Typ potravy by měl být přizpůsoben individuálním potřebám, například pomocí úpravy konzistence potravy, nebo podávání potravy s velkým obsahem proteinů a výživové hodnoty. Je také dobré projít si opatření, která byla přijata za účelem podpory příjmu potravy u pacienta. Stav výživy je třeba zhodnotit u všech pacientů a osob, kterým se dostává lékařské péče.⁽¹⁷⁾

Běžné jídlo může vhodně doplnit nutriční nápoj s vysokým obsahem proteinu. Tyto nutriční nápoje by se měly podávat v čase mezi hlavními jídly, aby jejich podávání nemohlo mít negativní vliv na příjem běžných potravin a tekutin. (2) Příjem vody i jídla by měl být zaznamenáván, aby bylo možné stravu upravovat dle aktuálních potřeb jedince.⁽¹⁷⁾

Příklad zhodnocení výživy pacienta⁽²⁶⁾



Mini Nutritional Assessment MNA[®]

Last name:		First name:	
Sex:	Age:	Weight, kg:	Height, cm:
Date:			

Complete the screen by filling in the boxes with the appropriate numbers. Add the numbers for the screen. If score is 11 or less, continue with the assessment to gain a Malnutrition Indicator Score.

Screening

A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties?

- 0 = severe decrease in food intake
1 = moderate decrease in food intake
2 = no decrease in food intake

☐

B Weight loss during the last 3 months

- 0 = weight loss greater than 3kg (6.6lbs)
1 = does not know
2 = weight loss between 1 and 3kg (2.2 and 6.6 lbs)
3 = no weight loss

☐

C Mobility

- 0 = bed or chair bound
1 = able to get out of bed / chair but does not go out
2 = goes out

☐

D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months?

- 0 = yes 2 = no

☐

E Neuropsychological problems

- 0 = severe dementia or depression
1 = mild dementia
2 = no psychological problems

☐

F Body Mass Index (BMI) (weight in kg) / (height in m²)

- 0 = BMI less than 19
1 = BMI 19 to less than 21
2 = BMI 21 to less than 23
3 = BMI 23 or greater

☐

Screening score

(subtotal max. 14 points)

☐

- 12-14 points: Normal nutritional status
8-11 points: At risk of malnutrition
0-7 points: Malnourished

For a more in-depth assessment, continue with questions G-R

Assessment

G Lives independently (not in nursing home or hospital)

- 1 = yes 0 = no

☐

H Takes more than 3 prescription drugs per day

- 0 = yes 1 = no

☐

I Pressure sores or skin ulcers

- 0 = yes 1 = no

☐

J How many full meals does the patient eat daily?

- 0 = 1 meal
1 = 2 meals
2 = 3 meals

☐

K Selected consumption markers for protein intake

- At least one serving of dairy products (milk, cheese, yoghurt) per day yes ☐ no ☐
- Two or more servings of legumes or eggs per week yes ☐ no ☐
- Meat, fish or poultry every day yes ☐ no ☐

0.0 = if 0 or 1 yes

0.5 = if 2 yes

1.0 = if 3 yes

☐
☐

L Consumes two or more servings of fruit or vegetables per day?

0 = no 1 = yes

☐

M How much fluid (water, juice, coffee, tea, milk...) is consumed per day?

0.0 = less than 3 cups

0.5 = 3 to 5 cups

1.0 = more than 5 cups

☐
☐

N Mode of feeding

- 0 = unable to eat without assistance
1 = self-fed with some difficulty
2 = self-fed without any problem

☐

O Self view of nutritional status

- 0 = views self as being malnourished
1 = is uncertain of nutritional state
2 = views self as having no nutritional problem

☐

P In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his / her health status?

- 0.0 = not as good
0.5 = does not know
1.0 = as good
2.0 = better

☐
☐

Q Mid-arm circumference (MAC) in cm

- 0.0 = MAC less than 21
0.5 = MAC 21 to 22
1.0 = MAC 22 or greater

☐
☐

R Calf circumference (CC) in cm

- 0 = CC less than 31
1 = CC 31 or greater

☐

Assessment (max. 16 points)

☐
☐
☐

Screening score

☐
☐
☐

Total Assessment (max. 30 points)

☐
☐
☐

Malnutrition Indicator Score

24 to 30 points

☐

normal nutritional status

17 to 23.5 points

☐

at risk of malnutrition

Less than 17 points

☐

malnourished

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA[®] - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M
For more information: www.mna-elderly.com

Léčba proleženin

Proleženiny se hojí velmi pomalu, běžně i celý rok.⁽⁶⁾ Osoby léčící proleženiny by měly být velmi dobře seznámeny s postupy při jejich ošetřování, s jejich hodnocením, zaznamenáváním, tvorbou plánu léčby a správnou volbou bandáže. Čím méně lidí se podílí na léčbě jednoho pacienta, tím lépe.^(6,15)

Před zhodnocením důkladně vřed vyčistěte. Musíte zhodnotit ránu z hlediska kategorie, umístění, velikosti, poznamenat známky infekce, bolestivost, vzhled okrajů rány i spodiny rány samotné, množství zánětlivé tekutiny, přítomnost odumřelé tkáně, růst nových epitelových buněk a granulační tkáň.^(5,6,15) Dokumentaci také opatřete fotografií nebo kresbou vředu. Prospěšné je použití vody z vodovodu (v závislosti na kvalitě vody) o pokojové teplotě. Při ošetřování ran v okolí tělních otvorů a kloubů je nutné použít sterilní procesy.

Pokud je třeba naráz obvázat více vředů, musí být nejprve ošetřeny ty nejčistší, až poté ty, které vypadají nejvíce znečištěně.⁽⁶⁾

Účelem povrchového ošetření je ulevit pacientovi od bolesti, snížit nebo odstranit případný zápach, snížit sekreci vředu, snížit počet nutných převazů a zajistit bezbolestnost převazů.⁽⁵⁾

Pouze osoby, které jsou velmi zkušené a zručné, mohou vřed očistit nůžkami, pinzetou či kyretou.⁽¹⁵⁾

Bolești je zapotřebí předcházet aplikací krému Emla nebo gelu Xylocain na oblast postiženou vředem 30 min. až 1 hod. před jakýmkoliv plánovaným zásahem. V případě potřeby je možné podávat i perorální přípravky tlumící bolest.

Na různé druhy vředu je nutné aplikovat různé druhy obvazování a obvazů. Druh obvazu volte podle jeho vlastností a typu vředu. Obecně by měl být počet převazů co nejmenší, aby měl vřed možnost se zahojit přirozeně.

Proleženiny kategorie II-IV by neměly být větrány, protože vzduch ochlazuje a zabraňuje hojení vředu.⁽⁶⁾

Suché vředy je třeba chránit, vlhké udržovat ve vlhkosti, přičemž okolní kůže musí být chráněna před uvolňováním (macerací). Nekrotická tkáň musí být odstraňována. Pacientům s diabetem a zhoršeným krevním oběhem v končetinách, u kterých se rozvine nekróza na nohou, je třeba věnovat zvláštní pozornost a do nekrózy nijak nezasahovat.^(5,6,15)

Pokud výtok z vředu naplní obvaz a začne jím prosakovat, měl by se obvaz buďto častěji měnit, nebo by se zvolil jiný druh obvazu.



Vybavení pro ošetřování vředů

Zapáchající vředy mohou být obvázány obvazem s kombinací uhlí a stříbra. Lze tak předejít nepříjemnému zápachu.^(5,6)

Faktory, které působí pozitivně na proces hojení, jsou vlhkost, lehce kyselé pH, teplota vředu cca 32°, saturace kyslíkem, ulevění od bolesti a jednotný přístup k péči.

K popisu hojení vředu není nikdy možné použít zpětnou kategorizaci. Ztracená svalová tkáň, podkožní tuk a kůže zpět nedorostou.

K zabránění rozšíření infekce je zapotřebí, aby veškerý personál dodržoval základní hygienické postupy. Je třeba nosit rukavice a plastové zástěry a desinfikovat ruce před a po ošetřování.

Předcházení a léčba proleženin vyžaduje systematické školení a vedení všech zúčastněných stran. To zahrnuje pacienty, zdravotnický personál a blízké pacienta.

Na každém oddělení, kde se pečuje o pacienty, musí být jasně dané postupy této péče.^(2,5,6,13)

Bolest

Mnozí pacienti s proleženinami trpí bolestí. Pacienti s hlubokými proleženinami kategorie III a IV popisují větší míru bolesti, než ti s povrchovými proleženinami.^(6,20,21)

Zhodnocení bolestivosti by se mělo provést hned na začátku potíží a poté pravidelně

opakovat. K zajištění vhodné péče pro pacienty s bolestmi pomáhá vedení přesné dokumentace. (2) Bolest je klasifikována pomocí lokalizace, intenzity, typu podaného přípravku tlumícího bolest a jeho efektu. Je bolest způsobena něčím konkrétním? Kdy dochází k nástupu bolesti? Kdy je bolest nejhorší? Napomáhá něco od bolesti? Lze bolest vysvětlit zaníceným vředem? Má pacient osteomyelitidu?⁽⁵⁾

Kvalita života

Proleženiny mají na pacienta vliv nejen fyzický, ale i psychosociální. Bolest může být faktorem omezujícím běžnou činnost a vedoucím ke snížené aktivitě. U mnohých lidí se také rozvíjí úzkostné stavy zapříčiněné např. strachem o zhoršení stavu vředů a rozvoje rakoviny.



Škála bolestivosti, VAS (vizuální analogová škála)

Zvyšuje se závislost na pomoci druhých, převazy a zápach mohou narušit pacientovy vztahy, pocit spokojenosti a kvalitu spánku.

Navíc jsou proleženiny často spojeny s pocity viny, které má jak ošetřující personál, tak blízcí pacienta.^(5,6)

Informovanost

Informovat pacienty a jejich blízké o tom, jak se proleženiny rozvíjejí, jak se dají léčit a jaký mohou mít vliv na život člověka, je nesmírně důležité. Veškeré informační materiály musí být snadno dostupné a obsahově i formálně přizpůsobené cílové skupině. Na pečování by se měli podílet jak pacienti, tak osoby jim blízké.⁽²⁾

Proleženiny v terminálním stádiu choroby

K proleženinám dochází často u hubených a vyzábělých pacientů v terminálním stádiu choroby. Hlavním cílem je v tomto případě ulevit od bolesti a nepohodlí. U těchto pacientů je při volbě postupů a léčby rozhodujícím faktorem vždy jejich pohodlí.⁽⁵⁾

KTU (Kennedy terminal ulcer, terminální vřed) je velmi častý, přesto velmi málo známý druh proleženiny, který se vyskytuje s blížícím se koncem života. Změna kůže má nepravidelný tvar, jako motýlí křídla, hruška nebo podkova a barví se do temně rudé/žluté/černé barvy. K těmto změnám dochází nečekaně, navzdory preventivním opatřením a rychle se zhoršují, přičemž se někdy rozvinou do hlubokého vředu za pouhých 24 hodin. Dochází k tomu tehdy, když kůže již ztrácí svoji funkčnost a ostatní orgány těla a oběh začínají selhávat. Příčinou vyššího rizika rozvoje KTU je kombinace snížené výživy těla, zvýšené tělesné teploty a snížené fyzické aktivity.^(23,24,27)

Odkazy

1. Socialstyrelsen, 1997. Boken om trycksår. En kunskapssammanställning. Ädel 50, SOS-rapport, 1997:7. Socialstyrelsen Stockholm.
2. Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell Satsning För Ökad patientsäkerhet. 2011.
3. Handbok för hälso- och sjukvård. Sveriges kommuner och landsting/Regioner, Kapitel Trycksår, 2009.
4. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Advisory Panel; 2009. The text was translated into Swedish by Professor Christina Lindholm, The Red Cross University College/ Karolinska University Hospital and Associate Professor Lena Gunningberg, Uppsala University/ Uppsala University Hospital.
5. Lindholm C. SÅR. Studentlitteratur, 3:e upplagan, 2012, kapitel trycksår.
6. Regionalt vårdprogram. Trycksår Prevention och behandling. Stockholms läns landsting. 2010.
7. Ek AC, Onosson M, Bjurulf P. The Modified Norton Scale and the nutritional intake. Scand J Caring Sci, 1989 03:04;183-187.
8. RBT skalan (Riskbedömning Trycksår) The RAPS scale. Lindgren M, Ek A-C, Onosson M. 2002.
9. Braden Scale For Predicting Pressure Sore Risk. Braden B. Bergström N. 1988.
10. Waterlow Assessment Score. Waterlow J. 2005.
11. Hearley F. Root cause analysis for tissue viability incidents. Tissue Viability Society 2006 Feb;16(1):12-5.
12. SFS 1985:562. Patientjournalhållning. <http://www.riksdagen.se>
13. SOSFS 1993:17. Omvårdnad inom hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens Allmänna råd. <http://www.sos.se>
14. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer Prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract 2007;13(2):227-35.
15. Vårdhanboken, kapitel Trycksår. Inera AB, 2011-11.
16. HJAELPMIDDEL INSTITUTET. Trycksårsförebyggelse i den siddende stilling. 2003.
17. Nutritionsbehandling i sjukvård och omsorg. SWESPEN (Swedish Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2006, 2:a utgåvan. <http://www.swespen.se/documents/Nutritionshandboken.pdf>
18. Ek A-C, Lindgren M, Boken om trycksår. Socialstyrelsen. SOS-rapport, 4:e Tryckningen 1997:7.
19. Colin D, Abraham P, Preault L et al. Comparison of 90 degrees and 30 degrees laterally inclined positions in prevention of pressure ulcers, transcutaneous Oxygen and CO₂ Pressures. Advanced Wound Care 1996;9(39:35-8)
20. Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers. Nursing Times 24.01.12/Vol 108 No 4/www.nursingtimes.net
21. Lindholm C, Bergsten A & Berglund E. Chronic wounds-prevalence, demography and nursing care in 694 patients- a survey study of Uppsala County, Sweden. J Wound Care 1999;8(1):5-10.
22. PUCLAS 2-Klassifikation av trycksår. European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2005. Utbildningsprogram - trycksår.<http://www.puclas.ugent.be/puclas/s>.
23. Bjerke J. Att dö med trycksår. Uppsats i Vårdvetenskap. Uppsala Universitet Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. HT 2011.
24. Langemo D. When the goal is palliative care. Adv Skin Wound Care 2006; 19(3):148-153.
25. International review. Pressure ulcer prevention: pressure, shear, friction and microclimate in context. A consensus document. London Wounds International, 2010.
26. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788. (for the MNA®-SF)
27. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz JB, et al. The SCALE Expert Panel: Skin Changes At Life's End. Final Consensus Document. October 1, 2009.

Art No 95-001269



Dodavatel

 **care of sweden**
Genuine Scandinavian Care

Care of Sweden AB, Box 146, SE-514 23 Tranemo, SWEDEN
+46 (0)771 106 600 | info@careofsweden.se | www.careofsweden.com