



LIGA PROTI RAKOVINĚ
PRAHA

Obecné informace pro pacienty

PROLEŽENINY a další poruchy kůže u nádorových onemocnění

MUDr. LENKA HRONOVSKÁ

Vydala Liga proti rakovině Praha
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8
Tel./fax: 224 919 732
Tel. nádorová linka: 224 920 935
Číslo účtu: 8888 88 8888/0300
e-mail: lpr@lpr.cz • <http://www.lpr.cz>

**BROŽURA
JE NEPRODEJNÁ**

OBSAH

1. Funkce a stavba kůže / 4
2. Poranění kůže / 6
 - 2.1 Dělení / 6
 - 2.2 Charakteristika jednotlivých typů ran / 6
 - 2.3 Jednotlivé fáze hojení ran / 7
 - 2.4 Faktory, které mohou hojení ran ovlivnit / 8
 - 2.5 Infekce rány nebo defektu / 9
 - 2.6 Prevence ran a jejich ošetřování / 10
3. Dekubity (proleženi) / 11
 - 3.1 Definice / 11
 - 3.2 Příčiny vzniku dekubitů / 11
 - 3.3 Stupně dekubitů a jejich klinický popis / 13
 - 3.4 Léčebný postup / 15
 - 3.5 Poučení rodiny a pacienta v oblasti prevence / 18

1. FUNKCE A STAVBA KŮŽE

Funkce kůže

Kůže je pomyslná hranice mezi organismem a okolím. Plochou 2 m² je největším orgánem lidského těla a má mnoho životně důležitých funkcí: brání ztrátě tělesných tekutin, chrání orgány v kůži a podkoží před poškozením, chrání před pronikáním infekce do těla, chrání před vlivem chemikálií a ultrafialovým zářením, pomáhá udržet tělesnou teplotu 37 °C.

Na vzhledu kůže lze poznat, zda jsou nebo nejsou poškozeny některé z vnitřních orgánů. Např. onemocnění jater (žlutá kůže), krve (krváčení různé velikosti, modřiny aj.), reakce na léky apod. Pomocí volného nervového zakončení a speciálních receptorů umožňuje kůže vnímat tlak, bolest, brnění, teplotu a dotyk. Zároveň se prostřednictvím kůže ukládá v podkoží tuk, který má izolující a modelující funkci a zároveň může být zdrojem energie.

Stavba kůže

Kůži tvoří tři vrstvy:

- a) pokožka = epidermis
- b) škára = dermis nebo korium
- c) podkoží = neta subcutanea

Součástí kůže jsou vlasy, chlupy, potní a mazové žlázy a nehty.

Epidermis

Doba nutná k obnovení pokožky je 30 dní. Během této doby se opotřebuje rohová vrstva tzv. deskvamací = olupování povrchu a poté se začíná obnovovat. Pokožka nemá cévní zásobení, jako buňky dominují tzv. keratinocyty. Imunitní reakci kůže zajišťují buňky, které nazýváme Langerhansovy, citlivost zajišťují Merkelovy buňky. Melanin (kožní barvivo), jehož přítomnost ovlivňuje kožní kolorit, barvu vlasů a chlupů, vzniká v melanocytech.

Dermis

Je to vazivová tkáň, která má velké množství cévních a nervových zakončení. Dělí se na 2 části:

- a) část papilární, která zásobuje pokožku krví, dále volná nervová zakončení, smyslové receptory a lymfatické cesty,
- b) část síťovitá, kterou tvoří tzv. kolagenní a elastická vlákna. Tím je zajištěna pružnost kůže, nutná k přizpůsobení se pohybům organismu.

Elastin zodpovídá za napínání kůže a umožňuje jí přizpůsobit se pohybu ve smyslu rozeprnutí a stažení.

Podkoží: cutis a subcutis

Cutis

Vnější vrstva kůže.

Subcutis

Je nejhlubší vrstva kůže, kterou tvoří vazivová tkáň. V podkoží se může ukládat tuk, který má izolující, depotní a modelující funkci, končí zde nervová vlákna a jsou zde receptory, kterými jsme schopni vnímat dotyk, chlad, teplo a vibrace.

Kožní adnexa (přídavné, připojené orgány kůže)

Patří k nim vlasy, chlupy, nehty, mazové a potní žlázy.

Vlasy a chlupy

Jedná se o ohebné a tahově pevné vláknité struktury, tvořené kreatinem. Vlasové kořeny nejsou schopné regenerace, z čehož vyplývá to, že např. jizvy zůstávají vždy trvale bez ochlupení.

Nehty

Průsvitné rohovinové ploténky, které z nehtové matrix (lůžko) vyrůstají k volnému okraji. Za měsíc vyrůstají asi o 3 mm.

Mazové žlázy

Jejich výskyt je vázán na vlasové folikuly. Mazové žlázy tvoří sekret (směs tuků a volných kyselin), který chrání kůži, vlasy a chlupy před jejich vysycháním.

Ekrinní potní žlázy (produkují pot kyselý)

Vznikají z buněk v epidermis a končí v koriu (škára). Pot je kyselý sekret, tvořený vodou, solí, těkavými mastnými kyselinami, močovinou a amoniakem. Na povrchu kůže tvoří ochranný pás, podílí se na termoregulaci.

Apokrinní potní žlázy

Tvoří pot alkalický, jsou v podpaží, kolem prsních bradavek a v oblasti pohlavního ústrojí. Jejich aktivita začíná v pubertě.

Cévní zásobení kůže

Krevní cévy jsou pružné, silnější v místech, kde je kůže více posunovatelná. Nejmenější kapiláry končí ve škáře. Z kožního plexu vedou jednotlivé tepénky kolmo směrem ven a rozvětvují se na tzv. pars papilaris (vrstva koría přiléhající k epidermis) a subpapilární pletivo.

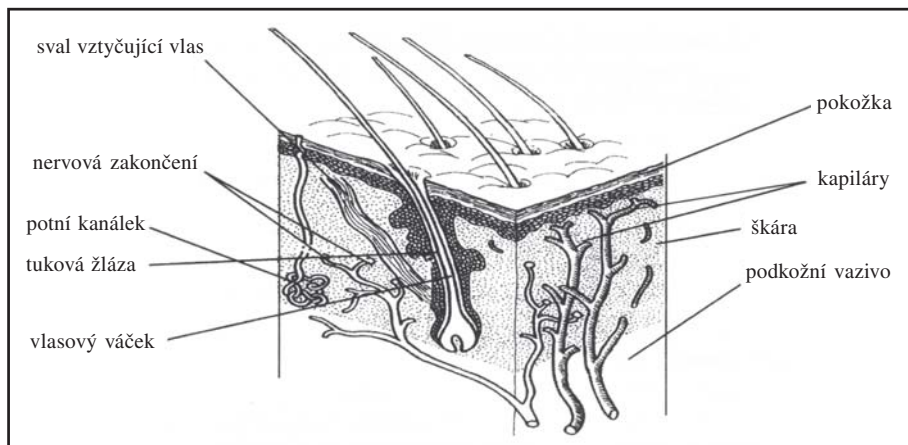
Krev ve tkáních

Zajišťuje transport plynů, živin, obsahuje látky imunitního systému a ty látky, které zajistí normální srážení krve. Krev je tvořena **plasmou a krevními buňkami**: červené krvinky (**erythrocyty**) obsahují krevní barvivo – tzv. hemoglobin a zajišťují transport kyslíku a kyslíčnku uhlíčitého. Životnost červených krvinek je 120 dní.

Bílé krvinky (**leukocyty**) zajišťují obranu proti infekcím.

Krevní destičky (**trombocyty**) jsou nejmenšími krevními buňkami, jejich úkolem je zastavit krvácení.

Zde vidíte průřez kůží



2. PORANĚNÍ KŮŽE

2.1 Dělení

Rány dělíme podle mechaniky vzniku, podle hloubky a rozsahu na 3 skupiny:

- rány mechanické / traumatické = úrazové
- rány termické a chemické
- vředy a proleženiny

2.2 Charakteristika jednotlivých typů ran

Rány mechanické / traumatické

Patří mezi ně rány operační a úrazy. Způsob vzniku je důležitým ukazatelem prognózy a způsobu léčby. **Rány zavřené** mají poškozené kosti, cévy a nervy, ale kůže

je celá. Při vyšetření vidíme otoky měkkých tkání, otlaky, hematomy (modřiny), luxace (vykloubení) aj. Tyto rány mohou být velmi bolestivé. U **povrchových ran** je poškozena pouze epidermis, tyto rány se hojí dobře, nevzniká jizva. **Perforující rány** jsou rány bodné, tržné, zhmožděné.

Komplikované rány

Vznikají kombinací různých mechanismů, často bývají infikované.

Termické a chemické rány

Vznikají působením tepla nebo chladu, působením kyseliny nebo louhu. Poškození jsou různého typu podle doby působení těchto faktorů a výše působící teploty.

a) popáleniny

- I. stupeň: je poškozena epidermis, což se projeví jako erytém (začervenání)
- II. stupeň: úplné zničení epidermis a tvorba puchýřů
- III. stupeň: nekróza s trvalým poškozením kůže a podkoží
- IV. stupeň: zuhelnatění, zasahující svaly, šlachy, někdy i kost.

b) omrzliny

- I. stupeň: erytém (zarudnutí)
- II. stupeň: tvorba puchýřů
- III. stupeň: nekróza (černá mrtvá tkáň, která nebolí)
- IV. stupeň: tvorba trombů a uzávěr cév

Vředy

Představují rány chronické, které se obtížně hojí a jsou často komplikovány sekundární infekcí. Příčinou vzniku není jenom poškození tkáně, ale i špatná výživa kůže, způsobená poruchou cévního a nervového zásobení.

Vředy, stejně jako proleženiny (dekubity), mohou být jednou z komplikací nádorového onemocnění. Vznik vředu může trvat i několik týdnů oproti dekubitům, které mohou vzniknout i během několika málo hodin.

2.3 Jednotlivé fáze hojení ran

a) fáze zánětlivá

Trvá 2–3 dny, dochází k zastavení krvácení, navazuje působení bílých krvinek – ochrana proti infekci a poté vlastní vznik nové tkáně. V této fázi dochází k reakci poškozené tkáně na vyvolávající příčinu. Cílem zánětlivé fáze je vyčistit ránu a vytvořit podmínky pro její hojení.

Vlastní zánět má 4 fáze: zarudnutí, teplota, bolest a otok. Asi za 4 dny po vzniku poranění začíná v rámci zánětu obrana proti infekci.

b) fáze novotvorby cév a tkáně

Tato fáze začíná za 4 dny po vzniku poranění na okraji rány a směřuje do centra rány, která se postupně zmenšuje.

c) fáze epitelizace

V této fázi se rána překrývá novou kůží.

2.4 Faktory, které mohou hojení ran ovlivnit

a) stáří pacienta

Během stárnutí se zpomaluje proces hojení ran, což se může podepsat na zhoršené kvalitě nově vzniklé tkáně. Nejčastěji se s tím setkáváme u tzv. polymorbidních pacientů, tj. u těch, kteří mají více než dvě vážná onemocnění, dále u pacientů s poruchou imunity, s poruchou výživy a hydratace. U starších a starých pacientů je nutno věnovat pozornost onemocnění cév a nervového systému (jinak se budou hojit rány např. u pacientů po cévní mozkové příhodě, u diabetiků, kteří mají neurologické a cévní poškození, u pacientů s nádorovým onemocněním).

b) výživa pacienta

U pacientů podvyživených nebo kachektických (sešlých) je hojení těžké, často komplikované infekcí, hnisáním nebo rozpadem rány. Tito pacienti mají nedostatek vitamínů, snížené bílkoviny v těle, nedostatek minerálů a tzv. stopových prvků. Nedostatek bílkovin oslabí imunitní systém, tvorbu nové tkáně a kolagenu.

Z vitamínů má největší význam vitamín C, jeho nedostatek zhoršuje kvalitu kolagenu a cévních kapilár. Nedostatek vitamínu A snižuje kvalitu proteinů a glykanů, což zpomalí syntézu kolagenu, opozdí se epitelizace a hrozí těžká infekce. Z minerálů mají největší význam: železo, měď (vliv na tvorbu kolagenu) a zinek, důležitý pro tvorbu bílkovin a nových kožních buněk.

c) oslabená imunita

Pokud je snižená imunita, narůstá riziko infekce (virové, bakteriální, plísňové, parazitární) a zhoršuje se hojení ran. Nejčastěji je to po ozáření, po cytostatické léčbě, při chorobách ledvin a trávicího systému.

d) některá onemocnění pacienta

Nejčastěji jde o nádorové onemocnění, infekci, revmatické choroby, diabetes mellitus a cévní onemocnění.

e) pooperační komplikace

Například trombóza, tromboembolie, pooperační pneumonie (zápal plic), pooperační porucha ledvinných funkcí.

f) léky

Nejčastěji hojení ran ovlivňují imunosupresiva (léky které zhoršují obranyschopnost organismu), kortikoidy, cytostatika a antikoagulancia (léky bránící krevnímu srážení a tím embolii, trombóze).

g) psychosociální faktory

Pacient odmítá spolupracovat, pacienti s pokročilou aterosklerózou, s demencí, po mozkových příhodách, alkoholicí, drogově závislí.

h) stav rány

Máme na mysli **vznik a rozsah** poškození, velikost a hloubku rány, poškození pokožky, svalů, chrupavek, kostí a šlach. **Okraje rány**: hladké, nepravidelné, naválité, podminované. **Stav spodiny rány** (nekróza, krusty, znečištění rány, infekce, cizí tělesa v ráně). Místo poranění a stáří rány.

2.5 Infekce rány nebo defektu

Infekce mají různou příčinu: virovou, bakteriální, mykotickou atd. Infekce lokální (místní) může přejít v infekci celkovou a může končit septickým šokem nebo až úmrtím.

Základní projevy infekce:

- a) zarudnutí
- b) bolest
- c) otok
- d) zvýšená teplota

Obecnými příznaky, které provázejí infekce, jsou:

- a) zimnice a třesavka,
- b) zduření místních lymfatických uzlin,
- c) zvýšení bílých krvinek jako známka přítomné infekce.

Pokud je oslabený imunitní systém, hojení je pomalé, často komplikované.

Nejvíce hrozí infekce čerstvým ranám nebo dekubitům, stejně jako porucha prokrvení tkáně a porucha nervového zásobení, kdy pacient nevnímá tak intenzivně bolest jako v případě, že je inervace v pořádku.

Chronické rány jsou proti akutním odolnější. Ideální pro vznik infekce je nekrotická (mrtvá) tkáň. Při jejich ošetřování musíme být velice opatrní. Pod každou nekrózou se může hromadit hnis, a tím roste přesun infekce do hlubší vrstvy tkáně. Jestliže je v ráně cizí těleso (např. stehy, předměty z plastických hmot nebo implantáty), dojde k poruše prokrvení tkáně v okolí tohoto předmětu, a tím naroste riziko infekce.

Dalším rizikem infekce je způsob vzniku rány. U ran vzniklých operativním zákrokem závisí na typu a rozsahu operačního výkonu ve spojení s hygienickými pod-

mínkami, na pooperačním ošetření rány a okolí. Rány bodné a zhmožděné jsou vždy infikované.

2.6 Prevence ran a jejich ošetřování

Nejdůležitější je hlavně dodržovat aseptické postupy před, během a po operaci. Svě místo má i celkové podávání širokospektrých antibiotik, ale u ran s nekrózou nebo hnisem je jejich pronikání do vlastní ohrožené tkáně výrazně omezené. Kromě toho hrozí alergické reakce. U chronických ran s nekrózou je nutná tzv. nekrektomie = odstranění nekrotické tkáně jako potenciálního zdroje infekce.

Jak máme ošetřovat rány akutní?

- 1) Je nutné brát v úvahu nejen ránu jako takovou, ale i přítomnost dalších onemocnění, nejvíce diabetes mellitus, nádorová onemocnění atd.,
- 2) proplach ran,
- 3) event. sešití rány (tj. její zajištění před infekcí),
- 4) u povrchových ran speciální ošetrovací postupy nejsou nutné. Ale musíme ránu také mechanicky ošetřit a teprve pak přiložit obvaz, který brání infekci a zároveň podporuje tvorbu nové tkáně. Užíváme např. Grassolind, Atrauman nebo obvazy s gelovou vrstvou,
- 5) po odběru kožního štěpu se rána kryje např. Hydrosorbem.

Jak ošetřovat rány chronické?

Chronická rána je ta, která se nehojí ani za 2 měsíce po jejím vzniku. Porucha hojení je způsobena infekcí, zhoršením prokrvení, poruchou inervace a metabolismu ve tkáni. Abychom hojení mohly urychlit, je nutné upravit cévní zásobení, odstranit příčinu, která hojení zhoršuje a zajistit dostatečný přísun bílkovin.

Defekty u diabetiků

Diabetes mellitus je jedním z nejčastějších onemocnění po chorobách srdce a cév. Dlouhou dobu probíhá bez příznaku a jejím prvním projevem může být buď diabetický vřed, nebo tzv. syndrom DM-nohy, který je spojen s řadou komplikací, včetně rizika amputace. Podstatou vzniku tohoto vředu je porucha prokrvení tkáně, porucha nervového zásobení a pochopitelně i infekce. Léčba je dlouhodobá s cílem obnovit poruchu, která k jejím vzniku vedla.

Lokální ošetření spočívá v odstranění nekrotické tkáně, denní převazy s užitím materiálu, který jednak zaléčí infekci, pomůže odstranit nekrotickou tkáň a zajistí tzv. vlhké hojení.

3. DEKUBITY (PROLEŽENINY)

3.1 Definice

Dekubitus vzniká následkem tlaku, který stlačuje cévy, tím se omezí prokrvení kůže a podkoží a zároveň se omezí zásobení tkáně kyslíkem. Ve stlačené tkáni se potom hromadí toxické produkty metabolismu. Stupeň poškození je dán dobou působení tlaku, místem, kde se dekubitus vytvoří, velikost ovlivňuje intenzita tlaku, stav kůže a podkoží, stav výživy, a to, zda je pacient pohyblivý, nebo úplně ležící.

Nejčastější místa vzniku dekubitů:

- a) sakrální oblast (oblast křížové kosti)
- b) paty a kyčle
- c) zevní kotníky
- d) lokty a lopatky – často se na toto místo zapomíná
- e) i když je to nepochopitelné, tak i ušní boltce

3.2 Příčiny vzniku dekubitů

a) intenzita tlaku

Nejčastěji se jedná o dekubity na křížové kosti (sacrum), na kyčlích, na sedací kosti.

b) doba působení tlaku

Nejčastěji se udávají 2 hodiny od začátku působení tlaku, ale v extrémních případech vznikne i během několika málo minut.

Z toho vyplývá, že pro vznik dekubitu je riziková doba tlaku, a ne jeho síla.

c) odolnost tkání na tlak

- a/ Nejvíce odolné je kůže a vazivo,
- b/ méně odolné je svalstvo,
- c/ nejmenší odolnost má tuková vrstva,
- d/ u starých pacientů je snižená elasticita kůže,
- e/ kůže po zhojení rány je také méně odolná vůči tlaku a je zvýšeno riziko vzniku dekubitu.

d) porucha prokrvení a cirkulace

e) U starých osob jsou to **všechna akutní onemocnění** – např. bronchopneumonie (zápal plic), chronický zánět průdušek, uroinfekce, septické stavy atd. mohou být doprovázeny poruchou prokrvení, ale zároveň i selháním oběhu.

f) porucha výživy

Při poruše výživy, kdy je nízká hladina proteinů v těle, jsou sniženy vitamíny, snížená hydratace atd., klesá regenerační schopnost tkáně a je výrazně zhoršené hojení ran. Nejvíce se s touto komplikací setkáváme u pacientů s onemocněním jater, ledvin, u nádorových onemocnění, při dekompenzaci diabetu aj.

g) nežádoucí vlivy některých léků

Hlavně sedativa (léky na zklidnění), hypnotika (léky na spaní), antibiotika, kortikoidy, léky protizánětlivé omezují tvorbu proteinů v těle, tvorbu malých cév, a tak sníží i schopnost hojení ran, chemoterapie, která ničí všechny nově vznikající rostoucí buňky.

h) poruchy CNS (centrálního nervového systému)

Nervový systém chrání před poruchou prokrvení kůže a podkoží, dále před dlouho působícím tlakem (bolestivá reakce). Při poruše mozkové činnosti např. při bezvědomí, po cévní mozkové příhodě, mozkovém krvácení aj. není člověk schopný se pohybovat, a tím snížit riziko vzniku dekubitu.

i) porucha míchy

Za této situace je odolnost na tlak nejnižší, tudíž se dekubitus může vytvořit velmi brzy, a to i během půl hodiny.

Zevní vlivy podporující vznik dekubitů

a) mechanické vlivy

tření o podložku, dlouhá poloha v polosedě nebo vleže na boku, pokles obratelschopnosti kůže

b) vliv infekce

dekubity často vznikají v situaci, kdy jedinec neudrží moč ani stolici, při poševních mykotických infekcích

c) chemické vlivy

chemické působení moče, stolice a potu vede k maceraci kůže (tj. klesá odolnost proti infekci a mechanickému poškození)

d) špatná hygiena

e) nedostatečné větrání, vysoká teplota, zvýšená vlhkost

Přítěžující faktory pro vznik dekubitů

- 1) Nepohyblivost,
- 2) podvýživa a dehydratace,

- 3) souběžně probíhající onemocnění, např. diabetes s komplikacemi nebo bez nich, nejčastěji DM závislý na inzulin, onemocnění ledvin, jaterní choroba: stav po žloutence, jaterní cirhóza nebo poškození jater alkoholem, léky atd.,
- 4) porucha vědomí, ať přechodná, nebo trvalá,
- 5) psychické změny, kdy si pacient uvědomuje svůj zdravotní stav, nevěří, že se jeho stav zlepší a tzv. vše začíná vzdávat. Dále jsou to obavy sociální: obavy o ztrátu zaměstnání, obavy z toho, zda bude schopen zajistit rodinu, obavy ze změny rodinných vztahů, obavy z možné závislosti na druhé osobě aj.,
- 6) snížená obranyschopnost organismu před infekcemi z důvodu oslabení imunity po chemoterapii nebo aktinoterapii (ozařování). Nejčastějšími onemocněními jsou: pneumonie (zápal plic), uroinfekce (záněty močových cest) a jiné. Infekce může z akutního stavu přejít v chronické problémy, nejčastěji u pacientů se zavedeným permanentním katétre (dlouhodobě zavedená močová cévka),
- 7) pokud je pacient v domácím léčení, může špatná ošetrovatelská péče podpořit vznik dekubitů nebo zkomplikovat jejich hojení.

3.3 Stupně dekubitů a jejich klinický popis

Klasifikace dekubitů

1. stupeň = erytém

Klinický obraz: mírný otok, zarudnutí kůže, zduření tkáně na pohmat. Tyto změny jsou přechodné, dají se odstranit.

2. stupeň = puchýř

Klinický obraz: oteklá zatvrdlá kůže může být bledá, namodralá, nahnědlá. Je poškozena kůže, podkoží i cévy, které vyživují kůži. Zpočátku se toto stadium může projevit jako odřenina, oděrka.

3. stupeň = nekróza

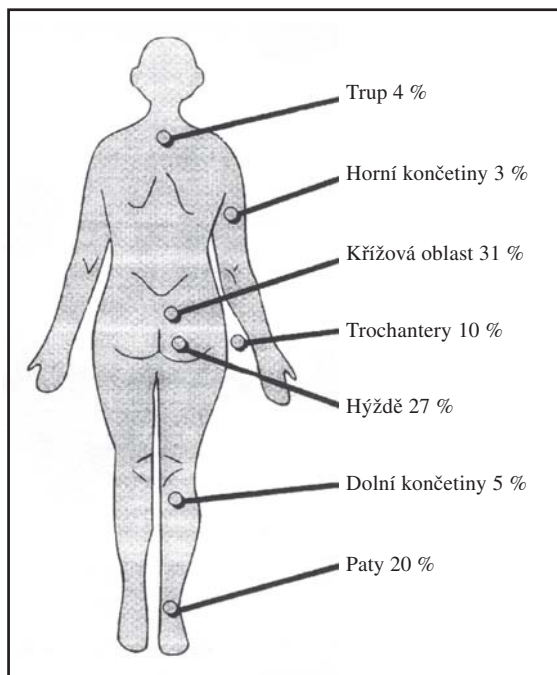
Klinický obraz: zničení tkáně mezi kostí a pokožkou.

4. stupeň = komplikovaný vřed

Klinický obraz: jako u nekrózy, navíc zánět kosti, okolních tkání. Spontánní hojení není možné, hojení pouze chirurgickou cestou.

Výskyt dekubitů

Na následujícím obrázku vidíte nejčastější místo výskytu a procentuální rozložení



Prevence vzniku dekubitů

Je několik kroků, které by neměly být opomíjeny:

1) pomocí speciálního vyhodnocovacího systému zhodnotit stupeň ohrožení pacienta tzv. škála Nortonové, kdy se podle počtů získaných bodů při posouzení fyzického stavu, vědomí, aktivity, pohyblivosti nebo inkontinence dá odhadnout možnost vzniku nekrózy.

2) Pomůcky užívané pro prevenci dekubitů:

- a) polohovací lůžka
- b) antidekubitální matrace nebo podložky
- c) podložní kruhy pod sakrum, pod paty, opěradla pod záda

- d) polohování pacienta v intervalu 10 minut až 4 hodiny: tzv. časový plán mobility podle stupně rizika a podle celkového stavu nemocného
- e) věnovat co největší pozornost rizikovým místům: ušní boltce, lícni kost, lopatky, kyčle, paty, sakrum, boky
- f) dostatečně promazávat kůži, např. vazelínou, Menalind krémem aj. a udržovat ji v čistotě
- g) zajistit dostatečnou výživu a hydrataci, u pacientů hospitalizovaných je nutná často infuzní terapie, někdy je nutné zavádět nasogastrickou sondu nebo tzv. PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), kdy se výživa zajišťuje podáváním speciálních nutričních prostředků v pravidelných intervalech. Lze podávat i mixovanou nebo tekutou stravu, touto cestou můžeme zajistit i podávání některých léků. Strava by měla obsahovat zvýšené množství proteinů (mléko, mléčné výrobky), dostatek vitamínu A, B, C a E. Toto zajistíme podáváním Nutrilacu, Nutridrinku (má různé příchutě: ovocný, vanilkový, kakaový...), Cubitanu (což je jediný přípravek pro hojení dekubitů zevnitř, dávka se řídí stupněm poškození tkáně), lze podávat i Actimel. U vážných stavů pacienta s rizikem nádorové kachexie (hubnutí) je na místě konzultovat výživu s odborníky z oddělení klinické výživy.

- h) minimalizovat zhoršení souběžně se vyskytujících onemocnění
- i) místo, kde jsou první známky vznikajícího dekubitu, nikdy nesmíme masírovat. Někdy právě tento postup vznik urychlí. Masáž dělají často příbuzní v dobré víře nemocnému pomoci.
- j) po vykoupání, kdy by se měly užívat jemné mycí gely, netřít ručníkem kůži. Po koupeli kůži potírat např. Menalindem.
- k) nezapomínat na rehabilitaci, kterou vždy přizpůsobujeme stavu pacienta

Tabulka k bodu 1 – Stupnice dle Nortonové

Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
dobry	4	dobry	4	chodí	4	úplná	4	není	4
zhoršený	3	apatický	3	s doprov.	3	část omezená	3	občas	3
špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	moč	2
velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč i stolice	1

Vyhodnocení tohoto testu:	Pacienti s malým rizikem	18–20 bodů
	Nízké riziko vzniku dekubitu	15–16 bodů
	Střední riziko vzniku dekubitu	13–14 bodů
	Vysoké riziko vzniku dekubitu	10–12 bodů
	Velmi riziková pacienti	5–9 bodů

3.4 Léčebný postup

Terapeutický postup volíme podle stadia dekubitů:

1. stupeň: odlehčit postižené oblasti, kde dekubitus začíná vznikat, preventivní opatření: viz výše
 dbát na čistotu
 masti bez dráždivých účinků: Menalind, Dermazulen, Infadolan
 postižené místo nemasírovat, neužívat lampy, které zvyšují lokální překrvení tkáně
 neužívat tzv. derivační masti
2. stupeň: šetrná očista fyziologickým roztokem
 odstranit puchýře, není-li pod nimi hnisání, poté očistit genciánovou violetí nebo brilantovou zelení
 ošetřit kůži hydrokoloidním krycím přípravkem, polorozpustnou pěnou aj. chirurgické ošetření není nutné
 dostupné přípravky: Bactigras, Opsite Flexigrid, Granuflex, Hydrocoll, Mepilex, sekundární krytí

ve druhé – granulační fázi užíváme hydrogely (převazy za 2–4 dny)
ve třetí – epitelizační fázi užíváme Betadine (obsahuje kromě dezinfekce i malé množství antibiotik) s následným krytím gázou napuštěnou bílou vazelínou

3. stupeň: odstranění nekrotické tkáně, Nugel nebo Flamigel, které nekrózu rozpouštějí, po odstranění nekrózy opláchnout ošetřené místo fyziologickým roztokem. K tlumení prostupu infekce užíváme jako krytí TenderWet.

Základní znaky infikovaného dekubitu: otok, zarudnutí, zápach, teplota a bolest. Neměli bychom zapomínat na stěry z dekubitů. K ošetření velkých hlubokých dekubitů užíváme speciální masti, kterými tato místa vyplníme.

Jaké máme k dispozici: Intrasite gel, Sorbalgon, Suprasorb a další.

U dekubitů secernujících (mokvajících) a zapáchajících užíváme obvazy s aktivním uhlím: Actisorb Plus, Wliwaktiv, Carboflex, Carbonet.

Převazy a ošetření ran a dekubitů zajišťují specializované sestry v ambulanci nebo u pacientů v domácí péči.

Před převazem je nutné každý dekubitus opláchnout. Tím se stávající obvaz bez bolesti odstraní, roztok, který k oplachu použijeme, udrží vlhké prostředí, uvolní suché nekrózy, odstraní bakterie, a tím potlačí infekci, eliminuje zápach rány.

Nejčastěji užíváme Ringerův roztok, Prontosan, Dermacyn, sprchování pitnou vodou, snažíme se vyvarovat fyziologického roztoku, Hypermanganu a 7,5% roztoku Betadiny.

Fototerapie v léčbě dekubitů

Podstatou fototerapie je každodenní působení velmi silného světelného zdroje. Užívá UV- záření, infračervené záření + denní světlo.

Fototerapie má efekt:

- a) analgetický (tlumí bolest),
- b) protizánětlivý,
- c) podporuje a urychluje hojení.

Biolampa Biostimul se užívá nejdříve 2x denně při převazech po dobu 10-20 minut a poté denně 20 minut.

Snažíme se ustoupit od chirurgického ošetření vzhledem k velkým hrozcím komplikacím, kterými jsou:

- a) infekce,
- b) krvácení,
- c) poruchy hojení,
- d) tvorba jizev,
- e) otoky.

Léčba bolesti jako součást hojení dekubitů

Správně vedená léčba bolesti velmi rychle směřuje k jejímu zmírnění a brání přestupu do chronicity.

Před jejím začátkem bychom měli znát následující informace:

- a) doba trvání bolesti,
- b) jaký má charakter: píchavá, pálivá, lokální nebo celková aj.
- c) šíření bolesti
- d) faktory, které ji způsobují, zmírňují nebo naopak zhoršují
- e) zda si pacient našel tzv. úlevovou polohu, kdy se bolest zmírní nebo úplně ustoupí
- f) zda a jakými postupy byla léčena

Podle WHO existují 3 postupy, jak bolest zvládat:

- a) běžná analgetika
- b) slabé opiáty v kombinaci s běžnými analgetiky a psychofarmaky
- c) silné opiáty

Volba a vedení terapie se řídí údaji pacienta o intenzitě bolesti, o charakteru bolesti a konkrétním klinickým stavem. Včasná a efektivní léčba bolesti umožní včas zahájit rehabilitaci a zajištění větší soběstačnosti pacienta. Obecně také platí, že léčba bolesti urychlí hojení dekubitu a zlepší rekonvalescenci.

Při zahájení léčby je volen individuální přístup, nutno brát v potaz chronická onemocnění, kdy by i malé dávky analgetika mohly vést ke zhoršení stavu pacienta.

I. stupeň bolesti (mírná až střední bolest)

Nejčastěji užíváme nesteroidní analgetika, antipyretika, antiflogistika):

- a) Paralen tbl. nebo čípky, Panadol, Dafalgan
- b) Ibuprofen 200mg nebo 400mg (Brufen, Ibalgin gel, Nurofen, Dolgit a jiné)
- c) Diclofenac (Veral, Olfen, Dolmina, Myogit aj.)
- d) kyselina tiaprofenová (Surgam)
- e) ostatní analgetika: Coxtral, Aulin, Indometacín, Coldrex, Korylan, Zaldiar

II. stupeň bolesti (střední až silná bolest)

Užíváme slabší nebo středně silné opiáty.

Mezi **slabší opiáty** patří:

- a) tramadol (Tramal, Tralgit, Prothadon aj.)
- b) kodein

Mezi **silnější opiáty** patří

- a) morfin ve formě injekcí, čípků nebo v tabletách
- b) pethidin (Dolsin inj.)
- c) buprenorfin (Transtec náplast, která se vyměňuje po 3–4 dnech) patří mezi silné opioidy stejně jako fentanyl (Durogesic náplast, Fentanyl ve formě injekcí).

V případech infikovaných dekubitů a při teplotách podáváme celkově širokospektrá antibiotika.

3.5 Poučení rodiny a pacienta v oblasti prevence

Aby se předešlo vzniku nového dekubitu nebo znovuvytvoření v místě již zhojeného, je třeba do celé problematiky zasvětit nejen pacienta, ale i příslušníky rodiny a informovat je, čeho si mají všimnout:

- a) sledovat stav kůže: barvu, povrch, vznikající oděrky, malé defekty,
- b) kontrolovat zrakem a pohmatem riziková místa pro vznik dekubitu: sakrum, kyčle, kotníky, paty, ramena, lopatky atd.,
- c) všimnout si sliznic, zaměřit se na změnu barvy, sledovat jejich vlhkost a citlivost,
- d) zajistit kvalitní stravu, pozor na obezitu a podvýživu,
- e) nutné je pochopit význam vyvolávajících příčin,
- f) pravidelně rehabilitovat, polohovat nemocného a také dbát na pasivní cvičení na lůžku,
- g) je třeba vědět, jaký význam má užívání antidekubitálních pomůcek a které jsou v dané době k dispozici: molitanové věnečky pod lokty, sakrum a paty, RHB klíny a opěrky, botičky z molitanu nebo syntetického rouna, perličkové RHB pomůcky, které nezpůsobují alergie, tvoří tepelnou ochranu a přizpůsobí se tvarem poloze pacienta, nafukovací podložní kola, návleky na končetiny, dynamické matrace, antidekubitální matrace, pomůcky pro inkontinenci,
- h) v jakých časových intervalech zajistit polohování, na jak dlouho by měl být pacient vysazen do křesla atd.,
- i) jaké jsou efektivní techniky polohování,
- k) jak postupovat při nácvičení udržení moči (posilování svalstva dna pánevního, pokud pacient je schopen cvičky pochopit a chce spolupracovat, efekt až u 30 % pacientů), event. i stolice (není většinou úspěšné),
- l) dodržovat léčebně preventivní zásady, např. nutné diety, dostatečný příjem tekutin,
- m) znát rámcově, která kosmetika je vhodná a které se vyvarovat,
- n) jak správně upravit lůžko,
- o) nemasírovat riziková místa,
- p) všeobecná hygienická péče.

PROGRAMOVÉ CÍLE, PROJEKTY A AKTIVITY LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha (LPR Praha) zahájila svou činnost v roce 1990 v Československé lize.

Od roku 1991 je samostatným právním subjektem.

Jako občanské sdružení je dobrovolnou nevládní a neziskovou organizací.

Dominantní snahou je výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života a vyloučení rizik podílejících se na vzniku rakoviny

Tři hlavní dlouhodobé programy

1. Nádorová prevence
2. Zlepšení kvality života onkologicky nemocných
3. Podpora vybraných výzkumných, výukových a investičních projektů v onkologii

Hlavní aktivity

Výchova k nekuřáctví – průběžně

Výchovný program k nekuřáctví a ke zdravému životnímu stylu pro děti v mateřských školách (Já kouřit nebudu a vím proč) a v základních školách (Normální je nekouřit).

Světový den proti rakovině – každoroční seminář ke Světovému dni proti rakovině (4. únor) společný pro zdravotníky a laiky.

Český den proti rakovině – celostátní široce všemi médii propagovaná a veřejností podporovaná sbírka pro financování programů LPR Praha, kdy každý, kdo si zakoupí žlutý květ, dostane současně leták s informacemi o možné prevenci rakoviny.

Každoročně na podzim pořádá Liga **putovní výstavu** o nádorové prevenci pod heslem „Každý svého zdraví strůjcem“.

Nádorová telefonní linka – v pracovní dny odpovídají zkušení specialisté na jakékoliv dotazy preventivního, ale i odborného charakteru. V nepřítomnosti lékaře je zapnut záznamník (tel. číslo 224 920 935). Dotazy je možné zasílat i na e-mailovou adresu birkova@lpr.cz.

Liga se každoročně účastní veletrhu zdravotní techniky a léčiv **Pragomedi-ca**, kde nabízí zdarma 45 titulů poradenských brožur.

Liga usiluje o snížení úmrtnosti na zhoubné nádory a o zlepšení kvality života onkologických pacientů.

Dalšími aktivitami jsou

- Poradenství lékařů specialistů na nádorové telefonní lince (telefonní číslo 224 920 935)
- Poradenství při osobních návštěvách klientů
- Vydávání poradenských brožur
- Rekondiční pobyty pro nemocné po ukončení léčby ve speciálních zdravotnických zařízeních
- Koncerty pro členy LPR, její podporovatele a hosty
- Finanční podpora členským patientským organizacím
- Finanční podpora hospicové péče

LIGA podporuje výzkum a výchovu onkologických odborníků a vybavení pracovišť

- a) Finanční příspěvky na vybrané výzkumné a výukové projekty.
- b) Udělování Vědecké ceny Ligy proti rakovině Praha spojené s prémie 50 000 Kč.
- c) Finanční podpora při vydávání výukových publikací.
- d) Finanční podpora investičních celků v komplexních onkologických centrech.
- e) Udělování Novinářské ceny za propagaci nádorové prevence.
- f) Udělování Ceny pro nejúspěšnější patientský klub LPR Praha během květnové sbírky.

Organizační struktura

- Členství v LPR Praha je dobrovolné.
- Členy se mohou stát jednotlivci i organizace.
- Členský příspěvek pro důchodce a studenty činí 100 Kč a pro ostatní 200 Kč ročně.
- Činnost LPR Praha je řízena voleným výborem. Funkční období členů výboru a revizní komise je dvouleté. V čele je volený předseda.
- Pro informovanost členů Ligy je 4x ročně vydáván Zpravodaj.

Spolupráce s domácími a zahraničními organizacemi

Kromě LPR Praha existují v ČR zájmové onkologické organizace převážně s regionální působností. Kolektivní členské organizace LPR Praha se každoročně scházejí na společném sněmu, který LPR Praha svolává k výměně zkušeností a k sjednocení hlavních projektů.

LPR Praha je ve styku a vyměňuje si zkušenosti s odbornými lékařskými organizacemi, především s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a z odborných s Českou onkologickou společností ČLS JEP a Společností všeobecných lékařů ČLS JEP.

Liga je členem ECL (Asociace evropských lig proti rakovině) a UICC (Světové unie proti rakovině) a zúčastňuje se mezinárodních akcí.