

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Šárka Řezáčková DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Šárka Řezáčková DiS.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

OŠETŘOVÁNÍ CHRONICKÝCH RAN V AMBULANTNÍ PÉČI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2020

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo **zadání bakalářské práce** s razítkem. K vyzvednutí je na sekretariátu katedry. Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí. Důležité – před exportem do PDF tento text odstraňte. Doporučuji **zadání naskenovat** (obě strany) zadání a vložit na toto místo, aby bylo součástí PDF souboru.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.7.2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Řezáčková Šárka DiS.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrování chronických ran v ambulantní péči

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: chronická rána, převaz rány, péče o defekt, léčba

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je ošetrování chronických ran v ambulantní péči. Teoretická část je věnována historii vývoje ran, definici rány, klasifikaci rány, faktorům ovlivňující hojení ran, wound managementu, přehledu materiálního krytí a léčby. Praktická část obsahuje vyhodnocení dotazníků, které byly rozdány pacientům navštěvujícím ambulanci chronických ran a analýzu rozhovorů se dvěma vybranými pacienty.

Abstract

Surname and name: Řezáčková Šárka DiS.

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The treatment of chronic wounds in outpatient care

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 27

Keywords: chronic wound, wound dressing, care of wound, therapy

Summary:

The topic of this thesis is the treatment of chronic wounds in outpatient care. The theoretical part consists of the history of wound development, wound definition, wound classification, factors influencing woundhealing, wound management, an overview of material coverage and treatment. The practical part contains of evaluation of questionnaires distributed to patients visiting a chronic wound ambulance and analysis of interview with the two chosen patients.

Předmluva

Cílem bakalářské práce je zmapovat ošetrovatelskou péči o chronické rány v ambulantní péči. Součástí práce je navržení edukačních intervencí pro pacienty s chronickou ránou.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. V neposlední řadě patří velké díky všem pacientům navštěvujícím ambulanci chronických ran v Domažlické nemocnici za jejich ochotný přístup ke spolupráci v rámci praktické části mé bakalářské práce. Obrovský dík patří i mé rodině za jejich trpělivost a podporu.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK.....	13
ÚVOD	14
1 HISTORIE CHRONICKÝCH RAN	16
2 RÁNY.....	19
2.1 Definice akutní rány	19
2.2 Definice chronické rány.....	19
2.3 Klasifikace chronických ran	20
2.3.1 Klasifikace spodiny rány	20
2.3.2 Klasifikace dekubitů.....	20
2.3.3 Klasifikace syndromu diabetické nohy	21
2.3.4 Klasifikace venózních ulcerací bérce	22
2.4 Faktory ovlivňující hojení ran	22
2.4.1 Vnitřní faktory.....	22
2.4.2 Vnější faktory.....	24
2.5 Wound managment.....	25
2.5.1 Hodnocení nehojící se rány	25
2.5.2 Převaz.....	28
2.5.3 Dokumentace rány.....	30
2.6 Specifika ošetrovatelské péče v ambulanci chronických ran	31
3 PŘEHLED MATERIÁLU A LÉČBA CHRONICKÝRAN	33
3.1 Přehled materiálu vlhkého krytí	36
3.2 Léčba	44
3.2.1 Hydrochirurgie	45
3.2.2 Fyzikální terapie.....	46
3.2.3 Hyperbarická oxygenoterapie	47
3.2.4 Débridement	48
3.2.5 Larválníterapie	50
3.2.6 Terapie řízeným podtlakem.....	51
3.2.7 Kompresivní terapie	53
PRAKTICKÁ ČÁST.....	58
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	58
5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY.....	59
5.1 Hlavní cíl	59
5.2 Dílčí cíle	59
5.3 Výzkumné otázky/problémy	59
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	60

7	METODIKA PRÁCE	61
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	62
9	ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKŮ	63
10	ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ	74
10.1	Respondentka	74
10.1.1	Klíčové body z anamnézy	74
10.1.2	Zapojení rodiny	74
10.1.3	Omezení v běžném životě	74
10.1.4	Bolest	75
10.1.5	Motivace	75
10.2	Respondent	75
10.2.1	Klíčové body z anamnézy	75
10.2.2	Zapojení rodiny	75
10.2.3	Omezení v běžném životě	76
10.2.4	Bolest	76
10.2.5	Motivace	76
10.3	Porovnání výsledků	77
	DISKUZE	79
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	85
	ZÁVĚR	89
	SEZNAM LITERATURY	90
	SEZNAM PŘÍLOH	93
	PŘÍLOHY	94
	Příloha A – Dotazník	94
	Příloha B – Souhlas v provedení dotazníkového šetření v Domažlické nemocnici	96

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Rozdělení defektu podle pohlaví a věku	62
Graf 2 Užívání léků	64
Graf 3 Frekvence užívání analgetik.....	65
Graf 4 Využití domácí péče.....	66
Graf 5 Péče rodinných příslušníků	67
Graf 6 Péče o defekt v rodině	68
Graf 7 Doba léčby chronického defektu.....	69
Graf 8 Návštěvnost poradny chronických defektů	70
Graf 9 Četnost převazování defektu	71

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Algoritmus prvotního vyšetření v ambulanci chronických ran	31
Obrázek č. 2 Edukačně motivační leták.....	83
Obrázek č. 3 Edukačně motivační leták 2.....	84
Obrázek č. 4 Edukačně – motivační leták 3.....	85
Obrázek č. 5 Doporučená cvičení.....	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Porovnání výsledků rozhovoru.....7**Chyba! Záložka není definována.**

SEZNAM ZKRATEK

EWMA (European Wound Management Association) – Evropská společnost pro léčbu ran

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

WHC (The Wound Healing Continuum) – kontinuum hojení ran

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) – Evropský panel pro dekubity

NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) – Národní panel pro dekubity

EBP (Evidence Based Practice) – praxe založená na důkazech

CEAP (Clinic, Etiology, Anatomy, Pathophysiology) – klasifikace chronické žilní insuficience

VAS škála – vizuální analogová škála bolesti NRS škála – numerická škála bolesti

MRSA (Meticilin - rezistentní Staphylococcus aureus) – nozokomiální stafylokoková infekce

NaCl – chlorid sodný

VRE – vankomycin - rezistentní entokok

CO₂ – oxid uhličitý

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

V. A. C. (Vacuum Assisted Closure) – podtlakový systém k terapii ran

NPWT (Negative Pressure Wound Therapy) – podtlaková terapie

LDK – levá dolní končetina

PDK – pravá dolní končetina

TMT amputace – transmetatarzální amputace

ÚVOD

„Non pudor est nil scire, pudor nil dimere velle.“ - „Není hanbou nic nevědět, ale je hanbou, nechtít se ničemu učit.“ Neznámý autor

Mezi nejčastější chronické rány řadíme dekubity, bércové vředy a diabetické defekty. Jsou to rány, jejichž doba hojení překračuje 8 týdnů. Jsou komplikací zdravotního stavu nemocného a můžeme se s nimi potkat u nemocných všech věkových kategorií. Ošetřování chronických ran je časově náročné, často s sebou přináší i zvýšené finanční nároky na specifické přípravky či kompenzační pomůcky. Pacient s chronickou ránou může být méně soběstačný a v některých případech i zcela závislý na dopomoci rodinných příslušníků.

Péče o chronickou ránu bývá realizována různým způsobem. Nemocný může být hospitalizován, pokud dojde k zásadní komplikaci při hojení. Kontinuita péče může být zajištěna dispenzarizací nemocných ve speciálních ambulancích, které se ošetřování chronických ran věnují. Část nemocných je sledována na chirurgických ambulancích. Zásadní roli hraje i ošetřování chronických ran prostřednictvím domácí zdravotní péče.

V souladu s platnou legislativou je všeobecná sestra kompetentní k ošetřování chronických ran bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem (Vyhláška č. 55/2011Sb.).

Například za rok 2017 bylo hospitalizováno v ČR celkem 553 pacientů s vředem na dolní končetině. V roce 2018 už bylo hospitalizováno celkem 571 pacientů se stejnou diagnózou. Tímto můžeme říci, že se nárůst pacientů každoročně zvyšuje (ÚZIS, 2020).

Teoretická část je složená ze tří kapitol. První se zaměřuje na historii vývoje ran. Ve druhé jsem se zabývala definicí ran, jejich klasifikací, faktory ovlivňujícími hojení a wound managementem. Stěžejní v této kapitole je správná definice rány a její klasifikace.

Dále jsou velmi důležité i faktory ovlivňující hojení ran. Třetí kapitola se skládá z přehledu typů materiálového krytí a možností léčby ran. Praktická část se zaměřuje na analýzu dotazníkového šetření a rozhovorů s respondenty. Dotazníkové šetření bylo provedené v Domažlické nemocnici na ambulanci chronických ran. Rozhovor byl veden se dvěma respondenty, kteří jsou také dispenzarizováni v ambulanci chronických ran a dotazníkového šetření se nezúčastnili.

1 HISTORIE CHRONICKÝCH RAN

Otázky spojené s hojením chronických ran provázejí lidstvo od samého začátku. Přesné datum, kdy byla tato problematika poprvé zmíněna, nelze s přesností určit.

Ze starověkých egyptských spisů se dozvídáme první informace o způsobech hojení. Přibližně 3000 př. n. l. už starověcí Egypťané věděli o různých možnostech uzavření rány. Ve svých dílech popsali dva způsoby. První je uzavření rány suturou neboli zašitím a druhý je přiložení stripů. Vzhledem k úrovni jejich vzdělanosti také používali primitivní antiseptika, jako byly med, cukr nebo malachit. Malachitová zeleň je barvivo, které dostalo název díky své temně zelené barvě. I v dnešním světě má velké využití nejen ve zdravotnictví. V něm se malachitová zeleň stále využívá jako lokální antiseptikum. Tento prostředek můžeme aplikovat také při různých infekcích, jako je: plísňová, bakteriální nebo protozoální, infekce ryb nebo jiker. Nejčastěji se toto barvivo používá k bakteriologickému barvení (STRYJA, 2016).

Už Hippokrates (460 - 370 př. n. l.) ve svých spisech zmiňoval význam infekce pro hojení chronických ran. Nesmíme zapomenout, že tento lékař již ve své době zaznamenal rozdíl mezi primárním a sekundárním hojením ran za použití dalších primitivních antiseptik jako např. víno. Hippokrata tedy můžeme označit za autora této metody. V jeho spisech byly objeveny i první zmínky o kompresivní terapii u pacientů, kteří trpěli bércovým vředem, jenž byl žilního původu (STRYJA, 2016).

Druhou důležitou osobností spojenou s léčbou chronických ran byl Aulus Cornelius Celsus (cca 25př. n. l. - 50 n. l.), který patřil k největším lékařům spisovatelům starověkého Říma. Ve svých dílech popsal čtyři známky zánětu: dolor (bolest), calor (teplota), tumor (otok) a rubor (zarudnutí). V pozdějších letech byla k těmto čtyřem známkám přidána i pátá, a to functio laesa (změněná funkce). Těchto pět příznaků popisuje známky přítomné infekce (STRYJA, 2016).

Další myšlenkou, již se řídili i ostatní ranhojiči až do 15. století, byla „pus laudabile“. Tuto myšlenku přivedl na svět známý lékař Galénos (129 - 216 n. l.).

Za významného revolučního lékaře zabývajícího se problematikou hojení chronických ran je považován Ambroise Paré (1510 - 1590), který důrazně odmítal způsob, aby rány byly vypalovány vařícím železem nebo olejem. Položil základy ošetření traumatických amputací a dalších zranění způsobených ve válce. Tento lékař, jenž byl hlavním chirurgem Karla IX. a Jiřího III., se jako první zmínil o léčbě hmyzem, dnes známé jako larvální terapii (STRYJA, 2016).

Jako velký milník v řešení problematiky hojení ran se označuje objevení asepse a antiseptiky.

K velkým lékařům se připojil i Robert Koch (1843 -1910), který v roce 1878 objevil stafylokoky v hnisu. Za svůj přínos k rozvoji lékařské vědy byl v roce 1905 oceněn Nobelovou cenou (STRYJA, 2016).

V 19. století učinilo několik dalších lékařů velmi důležité objevy. Jako prvního můžeme zmínit Louise Pasteura (1822 - 1895), který kultivoval stafylokoky na laboratorních půdách (STRYJA, 2016).

Carl Siegmund Franz Credé (1819 – 1892) objevil roztok AgNO_3 (dusičnan stříbrný), jenž snižuje výskyt infekcí oka u právě narozených dětí. V 19. století sloužil tento roztok také jako antiseptikum u popálenin (STRYJA, 2016).

Antiseptické působení fenolu popsal lékař Joseph Lister (1827 - 1912), který se věnoval antiseptické chirurgii. Fenol je chemická sloučenina, jež se označuje jako vůně nemocnice. V dnešní době se využívá nejen k výrobě léčiv, např. kyselina salicylová, ale i v kosmetice (STRYJA, 2016).

William Stewart Halsted (1852 - 1922) jako první ze všech lékařů použil stříbrný drát k operaci hernie. Tento drát měl sloužit jako prevence infekce a recidivy. Ke kontrole pooperační infekce William Stewart Halsted používal stříbrnou folii (STRYJA, 2016).

Alexander Fleming (1881 - 1955) učinil jeden z největších objevů na poli lékařské vědy. V roce 1928 se mu podařilo získat první antibiotika penicilinu, ta poté začala vytlačovat z léčby chronických ran lokální antiseptika a débridement (STRYJA, 2016).

Charles Fox od roku 1968 využíval k lokálnímu ošetření ran krém s obsahem sulfadiazinu stříbra (STRYJA, 2016).

Profesor Winter stál u vzniku tzv. vlhkého hojení ran. Jeho teorií bylo udržovat chronickou ránu stále ve vlhkém stavu, kdy dochází rychleji k reepitalizaci. Od 70. let 20. století se jako první v rámci metody vlhkého krytí používaly hydrokoloidy (STRYJA, 2016).

Z důvodu zvyšující se odolnosti bakterií vůči antibiotikům se do vlhkého hojení přidávalo stříbro. Tento objev znamenal na přelomu 20. a 21. století velký převrat (STRYJA, 2016).

V dnešní moderní době existuje mnoho možností hojení chronických ran jak v podobě mnoha druhů vlhkého hojení, tak různých postupů při uzavírání ran (STRYJA, 2016).

2 RÁNY

2.1 Definice akutní rány

Rána je definována jako porušení integrity tělesného krytu. Pokud jsou okraje rány co nejdříve přiloženy k sobě a hojení nebrání žádné komplikace jako např. infekce nebo nekróza tkáně, chápeme hojení v léčbě jako per primam. „Podle etiologie se akutní rány dělí na mechanické – respektive na traumatické (zavřené, povrchové, perforující a komplikované rány), termické, chemické a radiační“ (STRYJA, 2008, str. 17.).

2.2 Definice chronické rány

Za chronické považujeme rány hojící se per sekundam, u nichž je délka hojení více než 6 - 9 týdnů. V roce 2010 se v Ženevě uskutečnila mezinárodní konference EWMA (European Wound Management Association), kde byla vědeckým výborem navržena nová terminologie ran. Název chronická rána, který se stále v obecné terminologii používá, akceptuje pouze časový faktor. V termínu již není zohledněn stav rány, příčina nebo prognóza. Dnes využívané materiály k hojení dlouhodobých defektů se aplikují i při hojení akutních ran. Jedná se tedy o prevenci vzniku chronické rány. Na konferenci EWMA bylo navrženo používání termínu non – healing wound neboli nehojící se rána. Z velké části se pojem chronická rána stále využívá jak v publikacích, tak i v lékařské terminologii (POKORNÁ, 2012).

Hojení chronické rány představuje dlouhodobý proces, který je velmi náročný na spotřebu přípravků a materiálu, jež jsou nezbytné k nahrazení poškozené tkáně jinou (SZEWCZYK, 2015).

Chronické defekty jsou považovány za důležitý zdravotní problém, který postihuje miliony lidí na celém světě. V rozvojových zemích se vyskytuje celkem 1 – 2 % pacientů, kteří se potýkají s chronickou ránou. Chronické rány rozdělujeme podle jejich etiologie. Přibližně 90 % pacientů se zařadí do tří základních skupin etiologií – proleženiny, diabetické vředy nebo s žilní ulcerací (SZEWCZYK, 2015).

„Samostatným problémem je skutečnost, že naše znalost chronických ran je stále neúplná. Chronické rány jsou charakteristické pro člověka a nevyskytují se u zvířat, proto neexistuje skutečný zvířecí model, který by mohl tvořit základ pro širší výzkum, a naše znalosti jsou založeny hlavně na informacích získaných na základě omezených pozorování ran vyskytujících se u lidí, výsledků získaných studií během materiálové biopsie nebo analýzy exsudativní i exsudátové tekutiny z rány“ (SZEWCZYK, 2015, s. 4).

2.3 Klasifikace chronických ran

„Klasifikace ran různých etiologií mají sloužit ke sjednocení přístupů při ošetřování a léčbě ran včetně charakteristiky poškození a kvality zápisu do dokumentace“ (KOUTNÁ, 2015, s. 41).

2.3.1 Klasifikace spodiny rány

Jedná se o WHC – The Wound Healing Continuum klasifikaci, která jednoduše označuje barvu, jež se nachází na spodině rány. Tato klasifikace je považována za orientační a není dostačující pro zápis do dokumentace, viz. kapitola 2.5.3 (KOUTNÁ, 2015).

2.3.2 Klasifikace dekubitů

První klasifikace dekubitů byla zaznamenána již v roce 1955. Jejím autorem je Gutmann. V roce 1975 Shea vytvořil další dobře dokumentovanou klasifikaci. Ta se zaměřovala na poškození měkkých tkání ve čtyřech stupních (I. – IV.) Moderní medicína nabízí několik klasifikací pro zhodnocení dekubitů od různých autorů (KOUTNÁ, 2015).

Klasifikace dle Torrance

Torrancova klasifikace dělí první stupeň, který je charakterizovaný zarudnutím, na dva další. U prvního dochází po zatlačení na poškozené místo k zblednutí. U druhého jsou již nevratné změny, což znamená, že po stlačení poškozené místo nezbledne. Pokud je lokalizovaný dekubit pouze zarudlý, můžeme ke sledování využít tzv. transparentní disk, který využíváme při polohování a aktivním pohybu pacienta. V tomto případě může ošetřující personál sledovat zarudnutí kůže pod daným diskem. Při odlehčení lokality dekubitu může dojít i k postupnému vyblednutí (KOUTNÁ, 2015).

Klasifikace dekubitů dle Daniela

„Danielova klasifikace se nejvíce zaměřuje na vyjadřování závažných problémů týkajících se zánětů kostního aparátu a poškození hlubokých struktur i se znázorněním rozsahu“ (KOUTNÁ, 2015, s. 42).

Klasifikace dekubitů dle Seilera

„Seilerova klasifikace je podobná myšlenke klasifikace KARIM z roku 1993, kdy místo vyjádření hloubky poškození znázorňuje stav spodiny rány včetně projevů infekce“ (KOUTNÁ, 2015, s. 42).

Klasifikace dekubitů podle EPUAP/NPUAP

Evropský poradní výbor pro dekubity a Americký národní výbor pro dekubity vytvořil jejich klasifikaci, která slouží jako vzor pro zhodnocení. Tato klasifikace je neustále aktualizovaná na základě EBP (evidence based practice). V současné době k ní přibyly další dva stupně, které slouží ke zhodnocení špatně definovatelných poškození a poškození ve stádiu vývoje. Klasifikace dle EPUAP/NPUAP má zásadní význam pro klinickou praxi z důvodu velmi častých výskytů těchto defektů (KOUTNÁ, 2015).

Klasifikace dekubitů dle Hibbsové

Tato klasifikace je velmi užitečná pro personál pečující o pacienta na lůžku a pro začínající zdravotníky. Klasifikace dle Hibbsové, rozebírá velmi podrobně rozdíly mezi danými stádii poškození tkáně (KOUTNÁ, 2015).

2.3.3 Klasifikace syndromu diabetické nohy

Klasifikace syndromu diabetické nohy je založena na posouzení hloubky ulcerace a přítomnosti infekce. Jedná se o Wagnerovu klasifikaci, která se dělí na pět stupňů.

Druhou klasifikací pro hodnocení syndromu diabetické nohy je tzv. texaská klasifikace. Ta hodnotí diabetické léze dle hloubky ulcerace pomocí čtyř stupňů 0 – III. Každý stupeň ulcerace je navíc ohodnocen stádiem, které označujeme velkými písmeny A – D (STRYJA, 2016).

2.3.4 Klasifikace venózních ulcerací bérce

V roce 1994 vznikla celosvětově využívaná klasifikace CEAP (clinic, etiology, anatomy, pathophysiology). Jedná se o komplexní a nejnovější klasifikaci pro chronické žilní onemocnění. V roce 2004 byla mírně pozměněna (HLINKOVÁ, NĚMCOVÁ, 2019).

2.4 Faktory ovlivňující hojení ran

Vyšetření pacienta a stanovení důkladné anamnézy před zahájením terapie je prvním a nejdůležitějším krokem. Tento postup je velmi důležitý pro správnou diagnostiku a plánování léčebného postupu. Anamnézu nejčastěji začínáme zjištěním osobních a sociálních informací o pacientovi. Zajímáme se o soběstačnost, pohyblivost pacienta, poruchy ve výživě, zdravý životní styl, léky, abusus alkoholu, kouření nebo užívání drog. V rámci sociální anamnézy zjišťujeme informace o statusu pacienta v rodině, zda se rodina aktivně zapojí do péče, tzn. převazů rány, pomoci při rehabilitaci a sebeobsluze. Při stanovení anamnézy pacienta je také velice důležité provést farmakologickou anamnézu. Ta obsahuje nejen rozpis všech užívaných chronických léků, ale hlavně přítomné alergie (lékové, potravinové, na lokální antiseptika atd.) (STRYJA, 2016).

Dále lékař zjišťuje přidružená onemocnění pacienta, která by pomohla odhalit vznik chronické rány, např. diabetes mellitus, cévní onemocnění, prodělané operace, úrazy nebo poruchy imunity. U pacienta se snažíme zjistit i bolestivost chronické rány, již se snažíme zhodnotit dle VAS škály nebo klaudikační vzdálenosti. Faktory, které ovlivňují hojení ran, dělíme do dvou skupin, na vnitřní a vnější. Do skupiny vnitřních faktorů, jež ovlivňují hojení rány, řadíme stav výživy, dostatek kyslíku v tkáních, věk nebo zánětlivé reakce organismu. Do skupiny zevních faktorů řadíme lokální infekce, farmaka, která pacient užívá, mechanické vlivy, komplikace při hojení rány (STRYJA, 2016).

2.4.1 Vnitřní faktory

„Mezi vnitřní faktory ovlivňující hojení ran patří především stav výživy (podvýživa, nedostatek stopových prvků a vitamínů, obezita), dále dostatek kyslíku a živin v hojících se tkáních, nepřiměřené zánětlivé reakce organismu a v neposlední řadě také věk“ (ŽILNÍ PORADNA, 2016).

Výživa

U pacientů nejen s chronickou ránou se velmi často setkáváme s případy poruchy výživy. Tento stav může být následkem nebo projevem i jiného onemocnění, jako je pooperační malnutrice, nádorová kachexie nebo malnutrice ve vyšším věku. Výživový stav pacienta často komplikuje chronickou léčbu i hojení nejen chronických, ale i akutních ran. Stav výživy nemocného dokážeme zhodnotit i pohledem, kdy rozpoznáváme obezitu a kachexii. U těchto pacientů se mnohdy setkáváme s vyšším výskytem komplikací (např. rané infekční komplikace, rané dehiscence ran nebo hernie v jizvě) (STRYJA, 2016).

Malnutrice je další výživový stav, který se u pacientů projevuje sníženou tělesnou hmotností, úbytkem tukových rezerv nebo poklesem koncentrace sérových proteinů (albumin, prealbumin, transferin). Zahájení léčby je dlouhodobý proces, jež je velmi náročný. Pro zjištění stavu výživy pacienta provádíme odběr krve k laboratornímu vyšetření. Nejčastěji prokážeme prostou malnutrici, kdy se jedná o hypometabolický stav. Ten je vyvolaný nerovnováhou mezi živinami, které pacient přijme, a skutečnou potřebou látek, jež organismus potřebuje (STRYJA, 2016).

Druhou skupinou malnutrice, s níž se můžeme setkávat, je tzv. stresová. Tento stav je spojený s hyperkatabolickým stavem, u kterého dochází především k odbourávání bílkovin. Stresová malnutrice má za následek poškození řady tělesných systémů. Abychom předcházeli těmto komplikacím u hojení chronických ran, je dobré nemocnému doporučit návštěvu u nutričního terapeuta, který by mu vzhledem k jeho onemocnění sestavil vhodný jídelníček (STRYJA, 2016).

Hypoxie tkání a vliv na hojení rány

Cévní a krevní systém v těle zabezpečuje transport kyslíku. Pokud u pacienta dochází k nedostatečnému zásobení tkání kyslíkem, může to souviset s onemocněním srdce a plic, onemocněním krve nebo chorobným onemocněním cév. Správné prokrvení a okysličení tkání je u ran velmi důležité. Jestliže u pacienta dochází ke sníženému prokrvení tkání, může to být následkem hypotenze, arteriálního uzávěru, vazokonstrikce, hypotermie nebo žilního překrvení na periférii (STRYJA, 2016).

Pokud dojde u pacienta k tkáňové hypoxii, má to za následek negativní vliv na hojení rány (STRYJA, 2016).

Stáří pacienta

Chronické defekty se mnohdy vyskytují spíše u starších pacientů, kdy kůže již ztrácí svou ochrannou a bariérovou funkci. Kůže u nemocných ve vyšším věku vykazuje atrofické změny, rychle dochází k rozpadu rány a také velmi snadno vzniká povrchové poranění (STRYJA, 2016).

2.4.2 Vnější faktory

„Zevní faktory, zhoršující předpoklad pro správné hojení, představují místní infekce, běžně užívané léky, nejrůznější mechanické vlivy, nedostatečně ošetřená tkáň zůstávající na spodině rány nebo vysychání rány, pokud je použito nevhodné krytí“ (ŽILNÍ PORADNA, 2016).

Infekce

Velmi častou komplikací rány je vznik infekce, která zpomaluje celý proces hojení. K jejímu vzniku často vedou místní podmínky, jež se nachází v blízkosti chronické rány. Těmito podmínkami jsou: uzavřený prostor, acidóza, cizí tělesa a materiál (stehy, osteosyntetický materiál, implantát atd.), tkáňová ischemie a hypoxie okrajů tkáně.

Rozpad nově vzniklé granulační tkáně, kolagenu a růstových faktorů je následkem vzniku infekce, která tak prodlužuje dobu hojení. Tyto komplikace se mohou projevit vznikem abscesu, sepse nebo píštělí (STRYJA, 2016).

Farmakoterapie

Chronická farmaka u starších pacientů mají negativní vliv na proces hojení chronických ran. K nejdůležitějším lékovým skupinám patří cytostatika, imunosupresiva, steroidní antiflogistika, (kortikoidy), antikoagulancia, kolchicin. U pacientů, kteří užívají např. blokátory vápníkových kanálů, gabapentin aj. můžeme pozorovat otoky končetin, jež zmizí až po vysazení těchto léků (STRYJA, 2016).

Nekrotická tkáň

Nekrotická tkáň je další nejčastější komplikace chronických ran. Ta umožňuje růst a množení bakterií, kdy v ráně vzniká infekce a prodlužuje se proces jejího hojení. Pokud se jedná o nekrotickou ránu, je cítit i silný zápach (STRYJA, 2016).

Fyzikálně – chemické zevní vlivy

Hojení rány může narušit několik častých faktorů. Může to být vysychání spodiny rány při aplikaci nevhodného krytí na rány nebo poškození spodiny rány nežádoucími vlivy lokálně používaných antiseptik, antibiotik či chemických látek při chemickém debridementu (STRYJA, 2016).

2.5 Wound managment

Wound management znamená v překladu rána a řízení procesu. Definice wound managementu zní takto: *„Komplexní přístup k nemocným s ránou (akutní i chronickou) se zvláštním zřetelem na ošetrovatelskou péči a využívání metod fázového (vlhkého) hojení či jiných technologických postupů“* (POKORNÁ, 2012, str. 5).

2.5.1 Hodnocení nehojící se rány

Ke zhodnocení chronického defektu lze využít mnoho pomůcek a různých nástrojů jako např. Wound Infection Continuum, Wound Healing Continuum, Wound Exsudate Continuum a další. Pro účelnou péči je nutným základem správné zhodnocení a záznam jednotlivých parametrů rány. Správné zhodnocení je nezbytné nejen ke kontinuálnímu posouzení procesu terapie, ale také při zpětném posouzení zvolených terapeutických i diagnostických postupů. Pro zhodnocení rány používáme rozlišení vstupní, průběžné a výstupní hodnocení (POKORNÁ, 2012).

Lokalizace rány

Místo, kde se nachází chronická rána, zakreslujeme do zdravotní dokumentace na obrázek jedince. Pokud je však lokalizace rány komplikovaná, můžeme ji doplnit o písemný komentář, kde se nachází detaily pro lokalizace rány. Písemný popis a fotodokumentaci rány pořizujeme, jestliže není možné zakreslit přesnou lokalizaci defektu (POKORNÁ, 2012).

K podrobnějšímu popisu lokalizace rány je možné doplnit informace o jejím okolí, kde můžeme popisovat otok, lymfedém nebo i nejbližší poškození okolní tkáně (POKORNÁ, 2012).

Etiologie rány

K porušení integrity kůže nedochází u chronických defektů vždy z jasné příčiny. U většiny chronických ran je však etiologie vzniku známá. Do dokumentace je etiologie rány zapsaná pouze v případě, že je zcela jasná a potvrzená ve zdravotnické dokumentaci pacienta jako: ischemická choroba dolních končetin, infekce, chronická žilní insuficience, dekubitus neboli tlakový vřed.

K doplňujícím informacím můžeme přidat také přehled o délce trvání poruchy integrity kůže (dny, měsíce, roky) (POKORNÁ, 2012).

Je-li nám známa příčina vzniku chronické rány, můžeme velmi dobře určit typ, kterým pacient trpí. U bérkových vředů rozeznáváme hned několik typů: bérkový vřed se žilní etiologií (ulcus cruris venosum), bérkový vřed arteriální (ulcus cruris arteriosum), bérkový vřed smíšené etiologie (ulcus cruris mixtum). Určujeme i jiné typy rány jako posttrombotické, posttraumatické, diabetický defekt, dehiscence operační rány atd. Pro zhodnocení typu proleženiny používáme různé hodnotící škály dle Hibbové, Danielovu nebo Torrancovu a další, které jsou uvedené v kapitole klasifikace dekubitů (POKORNÁ, 2012).

Klasifikace rány

Nejprve musíme popsat spodinu rány a její vzhled (klinické známky). Spodina rány může být buď: nekrotická (přítomnost suché nebo vlhké gangrény), povleklá, čistá (bez povlaků se známkami granulace), granulující, nebo epitelizující (tvorba nové tkáně).

Pro snadnější zhodnocení spodiny rány vycházíme z klasifikace WHC (The Wound Healing Continuum). K přesnější klasifikaci spodiny nám pomáhají čtyři barvy: černá (nekrotická), žlutá (povleklá), červená (granulující), růžová (epitelizující). Podrobněji si probereme klasifikaci rány v kapitole Kontinuum hojení rány (POKORNÁ, 2012).

Klinické známky

K popisu klinických známek využíváme především barevné značení od černé po růžovou. Dále popisujeme ostatní klinické známky jako např. stopy lokální infekce, které nazýváme Celsovy příznaky (POKORNÁ, 2012).

Exsudát

Exsudát neboli sekrece je velmi častá u chronických defektů. Při sekreci, jež vychází z rány, je nutné popsat množství, typ, zápach a viskozitu exsudátu. Dle těchto příznaků již většinou dokážeme odhadnout, o jakou infekci v ráně se jedná ještě před zasláním výsledků mikrobiálního stěru (POKORNÁ, 2012).

Stav kůže v okolí rány

Hodnocení okolního stavu kůže a rány je pro ošetřující personál velmi důležitý z důvodu informací o hojivém procesu rány nebo možnosti vzniku řady komplikací. Dále můžeme na okolí rány pozorovat zpomalení určitých faktorů hojení. Změny, které nastanou v okolí rány, lze rozdělit do několika skupin: změny barevné, změny pigmentové (hyperpigmentace, erytém atd.), ekzémové projevy, mikrobiální komplikace, plísňová onemocnění, hypertrofické projevy (hyperkeratóza, xeróza), atrofické projevy (POKORNÁ, 2012).

Hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti v léčbě chronických ran užíváme vizuální analogové VAS škály nebo numerické škály NRS. Součástí zdravotnické dokumentace pacienta by měl být záznam o jeho analgetické terapii, kde stačí zmínka o užívání analgetik, formě léků a jak často je pacient užívá (POKORNÁ, 2012).

Hodnocení velikosti rány

Velikost rány je vždy uváděna v cm a v pořadí: délka, šířka, hloubka. Pro zhodnocení velikosti defektu nejčastěji používáme několik pomůcek: chirurgické nástroje (peán, pinzeta, pátradlo atd.) nebo předměty denní potřeby. Ty však neumožňují nepřetržité sledování vývoje rány a výsledek, a tak je nemůžeme považovat za vhodné (POKORNÁ, 2012).

Ke správnému změření defektu používáme jednorázová pravítka, která nikdy nemocnému nepřikládáme na kůži (POKORNÁ, 2012).

Hodnocení cirkulace distální části těla

U pacienta s chronickou ránou dochází k pravidelné kontrole cirkulace v distální části těla. Tu lékař hodnotí nejen pohledem, ale také pohmatem. Nejdříve se zaměříme na barevné změny dolních končetin a vznik otoků. Pro podrobnější zhodnocení provádíme fyzikální vyšetření dolních končetin, kdy nás zajímá jejich teplota, zjišťujeme typ otoků a hodnotíme pulzaci na končetinách. Naposledy zjišťujeme, zda se u pacienta vyskytuje klaudikační bolest (POKORNÁ, 2012).

2.5.2 Převaz

Jedná se o opakované ošetření chronické rány, které se provádí za přísné asepse. Převaz se provádí z několika důvodů (kontrola rány, výplach nebo oplach, aplikace léčiv nebo výměna terapeutického krytí a obvazů) (POKORNÁ, 2012).

Postup převazu

Vzhledem k časové náročnosti převazu chronického defektu je prvotním krokem sestry příprava terapeutického krytí a dalších potřebných pomůcek, jako jsou ochranné pomůcky a převazový vozík. Na něm se musí nacházet sterilní materiál, sterilní nástroje, dezinfekce, oplachové a obkladové roztoky, emitní misky, výtěrovky na odběr stěru z rány, sekundární krytí, obvazový materiál, koš na infekční materiál a nádoba s dezinfekcí pro okamžité vložení nástrojů po skončení převazu a další pomůcky (POKORNÁ, 2012).

Dále je také důležitá psychická i fyzická příprava pacienta. Pro některé je převaz velmi bolestivý až traumatizující. Pokud nemocný převaz nesnáší příliš dobře, je vhodné minimálně třicet minut před zahájením převazu podat analgetika na bolest. Hovoříme o tzv. anticipované bolesti. Fyzická příprava nemocného spočívá v dobrém zaujetí pozice pro převaz defektu. Pozice musí vyhovovat nemocnému i ošetřujícímu personálu. U některých špatně dostupných defektů však není možné zaujmout pohodlnou pozici, proto musí sestra zajistit dostatek personálu v podobě sanitáře nebo ošetřovatelky, kteří budou nápomocni u převazu a zjednoduší udržení polohy nemocného (POKORNÁ, 2012).

Pokud má sestra tuto přípravu hotovou, můžeme přejít k sejmutí sekundárního krytí z rány. Následně z ní šetrně odstraňujeme primární krytí. Velmi často u těchto ran dochází k přilnutí materiálu na ránu, kdy můžeme při nešetrném sejmutí krytí spodinu rány rozkrvácet. Proto je důležité v této situaci provést zvlhčení primárního krytí. Pro zvlhčení je vhodný Ringerův roztok, Aqua pro injectione nebo jiné nedráždivé roztoky, které musí být sterilní (POKORNÁ, 2012).

Následně se na ránu aplikuje sterilní čtverec, který se zvlhčí vhodným roztokem např.: octenilinem, na minimálně dvacet minut. Po sejmutí obkladu je důležité provést oplach rány.

Tím se z ní odplaví zbytky krycího materiálu a odumřelé zbytky tkáně neboli tkáňový detrit. Obkladový a oplachový proces u převazu defektu je pro pacienta méně stresově náročný a také zmírňuje zápach. Po dezinfekci okolí rány můžeme promazat i zdravou kůži, aby nevysychala a zbytečně se neloupala. Pokud při zhodnocení rány dojdeme k závěru, že zvolené terapeutické krytí nemocnému i ráně vyhovuje, přiložíme na defekt primární krytí, které jsme použili minule, a překryjeme ještě sekundárním krytím. Jestliže víme, že se jedná o ránu, která hodně prosakuje, je na místě přiložení ještě další vrstvy, jež zabrání prosáknutí sekundární vrstvy. Než pacient odejde z ordinace, je velmi důležitá edukace, kterou provádí sestra i lékař při každé návštěvě poradny (POKORNÁ, 2012).

Ochranné pomůcky

Při převazu chronické rány je velmi důležité, aby ošetřující personál používal jednorázové ochranné pomůcky dle standardu oddělení a nemocnice. Zejména se jedná o tyto pomůcky: jednorázové rukavice, jednorázové zástěry, ústenky. Pokud se jedná o infekční ránu, např. MRSA, používáme i ochranné čepice. Jestliže personál nedbá na dodržování ustanovených standardů, ohrožuje tak nejen sebe, ale i ostatní pacienty, kterým tak hrozí přenos infekce do jejich chronických ran. Všechny pomůcky jsou jednorázové, takže se u každého pacientem mění. U převazu infikované rány personál nechrání pouze sebe, ale také okolí. To znamená, že na převazové lůžko v místě defektu položíme savou jednorázovou podložku, která zachytí všechny nečistoty. Sestra by vždy měla dbát na dezinfekci lůžka a okolního místa po každém převazu (POKORNÁ, 2012).

2.5.3 Dokumentace rány

Řádné vedení zdravotní dokumentace pacienta je dané zákonem. Pro její správné vedení slouží řada postupů a schválených standardů. V každém zdravotnickém zařízení se vedení dokumentace liší. Identifikační karta pacienta musí obsahovat nejdříve jeho národnost: jméno, příjmení, rodné číslo nebo číslo pojištěnce, zdravotní pojišťovnu, bydliště, číselnou diagnózu, datum další kontroly a jiné. Do zdravotní karty pacienta se dále zaznamenávají všeobecné údaje jako teplota, tlak, puls a charakter dýchání. Zdravotní karta obsahuje dřívější záznamy o průběhu léčby i současnou lokální léčbu (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Ránu při převazu hodnotíme pohledem: suché, vlhké, čisté nebo znečištěné krytí. Pro vedení správného zápisu a hodnocení chronické rány musí být pravidelně zapisována její lokalizace. Dále musí být pokaždé zaznamenán i vzhled spodiny rány, charakter, popřípadě barva exsudátu a velikost uvedená nejlépe v cm. Velikost rány uvádíme v pořadí délka, šířka, hloubka. U chronických ran se zapisuje nejen hodnocení pohledem, ale také hodnotíme zápach rány, který nám dokáže pomoci. Pokud z rány cítíme ovocný zápach, je to známka stafylokokové infekce G – negativní bakterie se v ráně nacházejí, pokud je cítit smolkový zápach. O anaerobní infekci uvažujeme, když je z rány cítit hnilobný zápach. Při správném zhodnocení rány nesmíme zapomenout na vzhled okrajů, okolí, bolestivost a stáří chronické rány (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

V dokumentaci pacienta s chronickou ránou by nemělo chybět podrobné doporučení k další léčbě jako: frekvence převazů, doporučení pro Homecare, datum další kontroly a jak postupovat, pokud dojde ke zhoršení lokálního nálezu. Jestliže se chceme vyhnout různým neshodám se zdravotní pojišťovnou, je vhodné do zdravotní dokumentace uvést i materiál, který je při převazu nemocnému poskytován.

Dokumentaci chronických ran lze hodnotit prostřednictvím fotodokumentace, která není běžně prováděná ve všech zdravotních zařízeních. Ve starších odborných literaturách se uvádí, že pokud nemocnému při jejím pořizování není vidět do obličeje, podle něhož ho může identifikovat kdokoliv jiný, nemusí mít pacient podepsaný souhlas s hospitalizací (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

Vznik fotodokumentace a její další rozvoj se musí uskutečnit dle etických pravidel České lékařské komory. Fotodokumentace rány může být pořízena pouze se souhlasem pacienta. Zdravotnický pracovník je oprávněn provést fotodokumentaci bez jeho souhlasu, jen pokud je pacient ve špatném zdravotním stavu, má poruchu vědomí nebo je v jiném obdobném stavu. Fotografie by měl pořizovat buď ošetřující lékař, zdravotní sestra nebo jiný odborný zdravotnický personál daného zařízení. Není vhodné, aby byly fotografie pořizovány cizí osobou, která není zaměstnancem daného zařízení (FAISTOVÁ HANYKOVÁ, 2018).

Chronické rány je možné dokumentovat i za pomoci různých programů vytvořených přímo pro tyto rány. Jedná se o program Electreasurea, jenž umožňuje kontrolovat vzhled, velikost a vývoj v čase (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

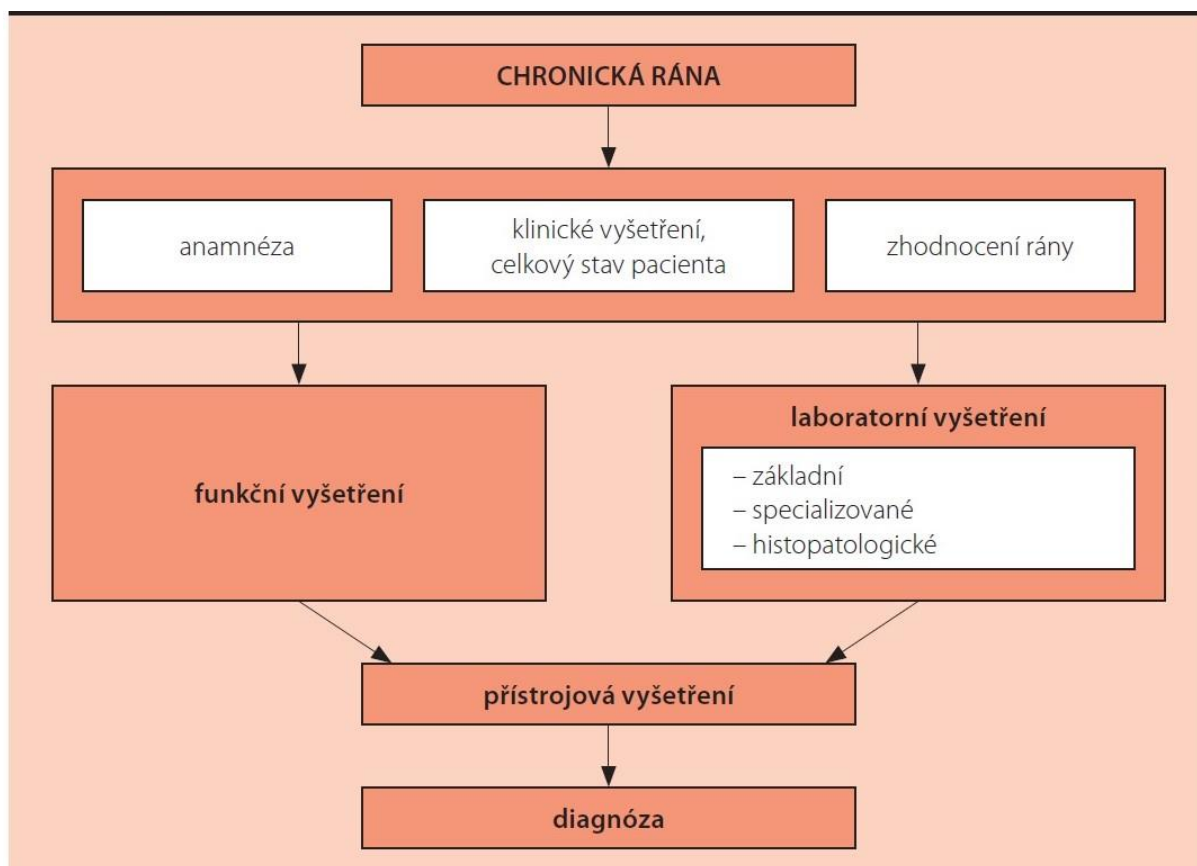
Visitrak je další metoda, která slouží k dokumentaci a archivaci chronické rány. Výhodou tohoto přístroje je přesná dokumentace rány, přítomnost nekrózy a možnost vypočítání procenta nekrózy na povrchu rány. Další výhodou tohoto přístroje je možnost srovnání defektu s předešlým měřením (POKORNÁ, MRÁZOVÁ, 2012).

2.6 Specifika ošetrovatelské péče v ambulanci chronických ran

Při první návštěvě pacienta v ambulanci nebo poradně chronických ran se lékař nejdříve řídí základním algoritmem vyšetření (obr. č. 1). Toto vyšetření nám slouží zejména ke zjištění příčiny vzniku chronické rány. Ke zvolení správného terapeutického postupu je také velmi důležité správné zhodnocení rány a určení fáze hojení. (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

V odborných ambulancích pro léčbu defektů je kladen velký důraz na komplexní péči, která kromě léčby chronických ran zahrnuje také léčbu systémového základního onemocnění a přidružených chorob. Dále se komplexní léčba zabývá léčbou bolesti a fyzikální terapií. Není výjimkou ani spolupráce několika různých odborníků. Komplexní terapie má tedy za úkol u pacienta odstranit co nejvíce faktorů, které ovlivňují hojení rány. Z tohoto důvodu je u každého pacienta v ambulanci chronických ran zvolen individuální přístup, který bere v potaz jeho celkový zdravotní stav a příčinu vzniku chronické rány. Jsou-li při léčbě rány respektovány zásady wound managementu a komplexního přístupu, bude léčba efektivní. Jestliže se jedná o rány, které jsou rozsáhlé s dlouhodobou tendencí hojení, nabízí se nám možnost připravit pacienta k chirurgicko-plastické léčbě (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

Obr.č. 1 Algoritmus prvotního vyšetření v ambulanci chronických ran



Zdroj: Medicína pro praxi

3 PŘEHLED MATERIÁLU A LÉČBA CHRONICKÝRAN

Proces hojení chronických ran je velmi složitý a závisí na mnoha fyzikálních i biologických dějích. Z tohoto důvodu je na dnešním trhu velké množství materiálního krytí. Všechny druhy léčebného krytí rozdělujeme do několika skupin a dalších podskupin. Dvě největší skupiny terapeutického krytí rozdělujeme na klasický obvazový materiál a terapeutický materiál vlhkého (fázového) krytí pro hojení ran (POKORNÁ, 2012).

Klasický obvazový materiál

Tento materiál se v dnešní době chápe jako tradiční technika ošetrovatelské péče při krytí ran. Klasický obvazový materiál se v dnešní době využívá zejména z ekonomického hlediska. Svůj význam nachází spíše v kategorii sekundárního krytí, kdy je jeho funkce zejména fixační a absorpční. Za klasický obvazový materiál se považuje:

- gáza hydrofilní skládaná sterilní/nesterilní
- kompresy sterilní/nesterilní
- obinadlo fixační elastické
- obinadlo fixační neelastické
- obinadlo hadicové – podkladové, podpůrné, fixační
- náplast hypoalergenní – nesterilní
- vata buničitá, vata buničitá – dělená

Tento klasický obvazový materiál má mnoho významných nedostatků, a proto není možné ho využívat jako primární krytí.

K nedostatkům řadíme:

- riziko traumatizace defektu – vzniká riziko přilnutí materiálu na defekt
- změna pH
- není možnost sledování defektu (POKORNÁ, 2012)

- malá flexibilita materiálu
- nelze využívat k prevenci dekubitů
- nepodporuje fyziologické čištění defektu
- nechrání stařeckou kůži

Klasický obvazový materiál má mnoho dalších negativních vlivů na hojení defektu.

Materiál vlhkého (fázového) krytí pro hojení ran

Materiály pro vlhké hojení ran se na českém trhu vyskytují již od 90. let minulého století. Tato metoda stále není při hojení defektů běžně používána. Příčinou jsou vysoké finanční úhrady, které musí platit zdravotní pojišťovny. Dalším faktorem je nedostatečná edukace kvalifikovaného personálu a motivace k edukaci (POKORNÁ, 2012).

Do této skupiny fázového krytí řadíme velké množství materiálu:

- kombinované savé kompresy bez superabsorbentu / se superabsorbentem
- obvaz kontaktní neadherentní / neadherentní se savým jádrem
- antiseptické neadherentní krytí
- krytí s aktivním uhlím / krytí s aktivním uhlím – s aktivní látkou
- hydrogelové krytí plošné, amorfní, na textilním nosiči, amorfní s aktivní látkou
- alginátové krytí plošné, plošné s aktivní látkou, amorfní, amorfní s aktivní látkou
- hydrokoloidy bez okraje / s okrajem
- hydrofibery / s aktivní látkou
- pasta
- zásyp (POKORNÁ, 2012)

- hydropolymery, polyuretany, pěny – plošné, plošné s okrajem, do dutin, s aktivní látkou, s gelem
- filmový obvaz plošný, tampony, sprej
- bioaktivní obvaz plošný, v tubě, v síťovině
- čisticí obvaz plošný, aktivní neaktivovaný, aktivní aktivovaný
- čisticí roztok aktivní
- čisticí gel
- xenotransplantáty
- syntetické kožní náhrady
- krytí kontaktní neadherentní – měkký silikon, měkký silikon s aktivní látkou
- polyuretanové pěny s měkkým silikonem, s měkkým silikonem a okrajem, s měkkým silikonem a aktivní látkou, s měkkým silikonem, okrajem a aktivní látkou
- samolepicí silikonové krytí na jizvy
- kolagenové krytí
- nanokrystalické stříbro
- biokeramické krytí
- chitosan
- maltodextrin
- alginogely
- kadexomer s plošný zásyp mast
- superabsorpční krytí (POKORNÁ, 2012)

3.1 Přehled materiálu vlhkého krytí

V této kapitole projdeme všechny skupiny materiálů využívaných při terapii vlhkého hojení. Vzhledem k množství materiálu a rozsáhlosti dalších informací (účel, použití, infekce, kontraindikace) budou vždy uvedeny pouze základní informace (POKORNÁ, 2012).

Hydrogely a alginogely

Tato skupina materiálů je v hojení defektů velmi využívána zejména k rehydrataci spodiny rány. Účelem těchto přípravků je zejména podpora granulace a hydratace spodiny rány. Dále udržují vhodné podmínky pro fázové hojení defektů atd (POKORNÁ, 2012).

„V kombinaci s transparentním polyuretanovým filmem (umožňuje monitoring rány) nebo v normoterapii (jako jediný léčebný prostředek). Gely nanášíme ve vrstvě 0,5 – 1 cm na spodinu rány vždy od středu rány k okrajům. Vhodné sekundární krytí, filmová krytí, hydrokoloidy (THIN), pěnová a hydropolymerová krytí, speciální přířezy s nesavou vrstvou (např. Melolin)“ (POKORNÁ, 2012, s. 72).

Typy hydrogelů a alginogelů

Typy tohoto materiálu rozdělujeme do čtyř skupin (plošné, v tubě, čisté a kombinované). U plošného typu materiálu zaznamenáváme plošnou hydrataci, snadnou manipulaci a problém se sekundárním krytím. Plošný typ materiálu neobsahuje aplikátor. U hydrogelů a alginogelů, které jsou v tubě, je aplikátor v podobě malé harmoniky. Typy čistých hydrogelů a alginogelů jsou bez přidaných látek, tím pádem jsou průzračně čiré. Kombinované typy jsou s algináty, s enzymy a NaCl, s baktericidním účinkem a se schopností působit na biofilm (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Tento způsob léčby se nevyužívá u pacientů, kteří mají rozsáhlou infekci v ráně, secernující nekrotickou ránu. Jestliže dojde ke špatnému využití terapeutického materiálu, dochází v jeho důsledku k následujícím komplikacím: macerace v okolí rány, přecitlivělá reakce a podpora hypergranulace (POKORNÁ, 2012).

Kalcium - algináty

Materiál s kalciumalgináty využíváme v případě, že se v ráně tvoří nadměrné množství exsudátu, a pokud je rána pokrytá povlakem u plošných nebo hlubokých ran. Jedná se o aktivní materiál, který je vysoce absorpční a tvořený z mořských řas. Po jeho přiložení se vytvoří hydrofilní gel. Alginátová vlákna jsou lehce přilnavá ke spodině rány, tím snižují tzv. mrtvý prostor, který vzniká mezi spodinou rány a terapeutickým krytím. Pro sekundární krytí využíváme materiál s vyšší schopností absorpce, např. pěnové a hydropolymerové krytí (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Kalciumalgináty se nesmí používat u pacientů, kteří mají suchou a nekrotickou spodinu rány. Pokud použijeme tento materiál na špatný typ spodiny rány, může dojít ke špatné přilnavosti materiálu a k poškození spodiny rány (POKORNÁ, 2012).

Materiály se stříbrem

Rozlišujeme materiály obsahující buď iontové stříbro, nebo nanokrystalické stříbro, které mají bakteriocidní a fungicidní vlastnosti. Každý typ materiálu obsahující stříbro končí značkou Ag. Využívá se zejména u infikovaných chronických defektů nebo u diabetických ulcerací či popálenin. Preventivně se využívají u ran, kde je velké riziko vzniku infekce. K vyčištění spodiny rány by mělo dojít za 1 – 2 týdny od první aplikace materiálu se stříbrem. Tento materiál se velmi liší způsobem aplikace. Každý má jinou doporučenou dobu převazů (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Materiály obsahující stříbro nejsou vhodné k aplikaci na defekty, které mají velkou sekreci. Vzhledem k velké sekreci z rány by docházelo k odplavování léčebných látek, a tak by byl tento způsob krytí zbytečný (POKORNÁ, 2012).

Hydrokoloidy

Jedná se o materiál, jenž se používá pro vznik optimálního prostředí na spodině rány. Hydrokoloidy vytváří vlhké prostředí a podporují vznik nové tkáně. Sekret, který je tvořený v ráně, reaguje na hydroaktivní částice, a vytváří tak gelovou hmotu, jež zajišťuje vhodné vlhké prostředí pro hojení rány. Rozlišujeme tři typy materiálu: plošné, pasty a zásypy. Hydrokoloidy podporují granulaci tkáně. Využití nachází u suchých až středně secernujících ran, které jsou bez známek infekce. Jednou z výhod je atraumatické provedení převazů (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Nevyužíváme u ran, které jsou infikované, silně secernující a zapáchající. Macerace v okolí rány vzniká při nedostatečném dodržení velikosti okrajů přes ránu. Pokud použijeme daný materiál na infikované rány, hrozí u pacienta zhoršení infekce v ráně a rozvoj septického stavu (POKORNÁ, 2012).

Hydrofiber

„Speciální technologie koloidních dutých vláken se zvýšenou absorpční kapacitou. Reaguje s exsudátem rány a vytváří se gel, který podporuje vlhké prostředí v ráně a tím její optimální hojení“ (POKORNÁ, 2012 s. 78).

Kontraindikace

Tento materiál není vhodné používat na infikované nebo suché spodiny defektu. Pokud se tak stane, může dojít k alergické reakci na materiál nebo k maceraci okolní tkáně (POKORNÁ, 2012).

Hydropolymery a polyuretanové pěny

Materiály, které jsou z vysoce absorpčních polyuretanových pěn. Jedná se o nepřilnavé materiály, jež jsou vhodné pro pacienty s křehkou kůží. Jedna strana pěny je překrytá speciální fólií, která se přikládá přímo na ránu. Materiály se mohou různě tvarovat dle velikosti a tvaru rány. Indikujeme pro mírně až silně secernující rány. Hojení probíhá ve vlhkém prostředí (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Hydropolymery a polyuretanové pěny není vhodné používat na infikované rány nebo na rány s patrnou klinickou infekcí. Jestliže dojde k nesprávnému použití, může dojít k alergické reakci na krycí materiál. Při aplikaci na silně secernující rány může dojít k maceraci kůže v okolí defektu (POKORNÁ, 2012).

Materiály s aktivním uhlím

Materiály s aktivním uhlím se skládají z textilií, které jsou napuštěné danou aktivní látkou. Jedná se krytí s velkou absorpční funkcí, proto je vhodné využití na středně až silně secernující rány. Materiál je pokládán přímo na chronickou ránu a je možné jej tam ponechat až několik dní. Nejvhodnější rány jsou infikované, zapáchající a povleklé (dekubity, hluboké rány, bércové vředy nebo exulcerované karcinomy a další) (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Materiály s aktivním uhlím není vhodné aplikovat na suché rány z důvodu možné adherence ke spodině rány. Při aplikaci může dojít k alergické reakci na účinnou látku. Dále může dojít k maceraci okolí tkáně u silně secernujících ran (POKORNÁ, 2012).

Antiseptické obvazové materiály

Materiál je možné využít ve všech fázích hojení. Využíváme jej u suchých nebo středně secernujících ran. Nejvhodnější je použití u dekubitů, bércových vředů, syndromu diabetické nohy, infikovaných ran (MRSA, VRE, plísně, kvasinky a další) (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Není vhodné používat tento druh materiálu na silně secernující rány. Při použití na tento druh rány dojde k vyplavení aktivní účinné látky. Při nesprávném použití antiseptického materiálu může dojít k alergické reakci na danou látku. Dále může dojít k maceraci v okolí rány při silné secernaci (POKORNÁ, 2012).

Aktivní terapeutické materiály

„Urychlují proces hojení vytvořením prostředí, které chrání růstové faktory a současně inaktivují enzymy odpovědné za degradaci rány a obtížné hojení“
(POKORNÁ, 2012, s.82).

Aktivní terapeutické materiály se využívají u všech chronických ran se střední sekrecí, které se nachází ve fázi granulace a epitelizace (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Za kontraindikaci považujeme využití materiálu na chronickou ránu, která je zcela bez komplikací. Jestliže dojde k nesprávnému použití, hrozí u pacienta hypergranulace a rychlé zhojení defektu bez podpory prorůstání spodiny rány (POKORNÁ, 2012).

Neaderentní obvazy

Tento materiál je vhodný pro rány, které jsou suché až silně secernující. Jeho úkolem je omezování množství exsudátu a přilnutí k ráně. Materiál je složen pouze ze síťky a vazelíny. Je využíván především k ochraně sutur, při popáleninách a povrchových zraněních (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Materiál je nevhodný na infikované a silně secernující rány. Při nevhodném využití vzniká hypergranulace, macerace okolí tkáně z důvodu silné sekrece (POKORNÁ, 2012).

Filmová krytí

Jedná se o krytí, které se skládá z polyuretanové membrány s hypoalergenním akrylátovým lepidlem. Filmová krytí se využívají na neinfikované rány, které jsou povrchové, slabě secernující nebo rány ve fázi granulace a epitelizace (POKORNÁ, 2012).

Tento druh krytí je propustný pro plyny a vodní páry. Nepropustný pro vodu a bakterie. Filmová krytí minimalizují mechanická poškození ran, chrání křehkou tkáň a umožňují vlhké hojení. Mohou se využívat pro sekundární krytí hydrogelů (POKORNÁ, 2012).

Účel používání filmového krytí je několikanásobný. Nejčastěji je využíván k sekundárnímu krytí hydrogelů, při kterém je možné ránu neustále sledovat i bez porušení vlhkého prostředí. Dále zabraňuje kontaminaci ran. Je vhodný pro pooperační krytí ran, prevenci dekubitů – zabraňuje tření a dokáže zabránit kontaminaci stolicí a močí v ráně (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Filmové krytí není vhodné používat u dětí mladších osm měsíců. Dále jej nepoužíváme na infikované a silně secernující rány a nekombinujeme s jodovými přípravky (POKORNÁ, 2012).

Lipido - koloidní krytí

Jedná se o kombinaci materiálů, v nichž se nachází hydrokoloidní částice a vazelína. U lipido – koloidního krytí je nutné sekundární krytí. Účelem této skupiny materiálů je podpora epitelizace u plošných defektů, které jsou již zgranulované (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Tento druh materiálu není vhodný používat u dětí mladších osm měsíců. Dále není vhodné používat lipido - koloidní krytí s lokálními jodovými přípravky. Kontraindikační jsou infikované a silně secernující rány. Pokud použijeme tento materiál na silně secernující ránu, dojde následně k maceraci kůže v okolí rány (POKORNÁ, 2012).

Silikony

Materiál obsahující ve spodní části silikonovou složku je měkký a nepřilnavý. Silikony absorbují přebytečný exsudát. Silikonový materiál může být překrytý neadherentními materiály (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Materiál se silikonovou složkou nesmí být využíván na infikované rány se silnou secernací. Jestliže dojde k nesprávnému použití, může být kůže v okolí rány macerovaná. (POKORNÁ, 2012)

Krytí na bázi kolagenu

Kolagen je látka schopná biologického rozkladu. Je vhodná pro absorpci sekretu a zahájení tvorby nové tkáně. Tento materiál je vhodný pro hojení chronických ran, u kterých je zastavený proces hojení. Musí se jednat o rány, jež jsou bez známek infekce. Krytí na bázi kolagenu je vhodné na suché, slabě až středně secernující rány, neinfikované rány nebo pro stimulaci granulace (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Materiál nesmí být aplikován do chronických ran, které jsou postižené infekcí. Při nesprávné manipulaci při převazu může dojít k rozvoji infekce v ráně (POKORNÁ, 2012).

Krytí s antimikrobiální aktivitou

Jedná se o krytí, které je tvořené kombinací hydrogelu a polyhexanidinu. Polyhexanid je látka s antiseptickými účinky. Hydrogel je v tomto materiálu využíván pro rehydrataci rány. Tento typ krycího materiálu má široké využití a je vhodný pro suché, slabě až středně secernující rány. Dále je využíván pro hluboké i povrchové rány, dekubity, popáleniny II. stupně a mnoho dalších akutních i chronických ran (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Tento materiál není vhodné využívat na infikované secernující rány. Jestliže dojde během převazu k nevhodné manipulaci s materiálem, je pacient ohrožen vznikem a rozvojem infekce v ráně (POKORNÁ, 2012).

Hydroaktivní krytí

„Polštářek na rány se savým a vyplachovacím tělesem ze superabsorpčního polyakrylátu. Před použitím aktivace Ringerovým roztokem“ (POKORNÁ, 2012, s. 88).

Tento typ materiálu je vhodný pro všechny hojící fáze (čistící, granulační, epitelizační), protože jeho hlavní schopností je pomáhat udržovat vlhké prostředí v ráně. Pro překrytí je vhodné velmi savé sekundární krytí, např. zetuvit. Převaz rány se musí provést nejdéle do dvaceti čtyř hodin. Pokud se nebude tento časový interval dodržovat, bude docházet k vysychání spodiny rány (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Podle vyjádření výrobce nejsou známy žádné kontraindikace. Pokud je materiál nesprávně využitý, nedochází k dostatečné hydrataci spodiny (POKORNÁ, 2012).

Oxidovaná celulóza

Jedná se o vstřebatelné přírodní krytí, které je založené na typu bioaktivního hojení. Využívá se na secernující rány, jako jsou bércové vředy nebo dekubity. Vhodné je využití tohoto materiálu i na akutní rány jako popáleniny nebo traumata (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

Tento typ krytí není vhodný na suché a nekrotické rány (POKORNÁ, 2012).

Krytí s kyselinou hyaluronovou

Kyselina hyaluronová má mimořádné vlastnosti, a je tak nedílnou součástí lidské tkáně. Díky této kyselině je naše pokožka dostatečně hydratovaná a umožňuje i snadný pohyb všech kloubů. Krytí s kyselinou hyaluronovou má své využití i v léčbě chronických ran. Tento materiál využíváme pouze u defektů, které nejsou nijak infikovány. Rána musí být před aplikací materiálu dokonale vyčištěna a vydezinfikována. Úkolem kyseliny v ráně je udržovat dostatečnou hydrataci. Využívá se tedy u popálenin, chirurgických a kožních lézí nebo u krytí vaskulárních a metabolických vředů (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace

U tohoto typu léčby je zatím jediná kontraindikace, která se týká pouze pacientů s alergií na jód, který obsahuje pouze hyiodine (POKORNÁ, 2012).

3.2 Léčba

Léčba chronických defektů trvá několik měsíců až let. Ošetřující lékaři velice často u pacientů vyzkouší několik druhů léčby. V některých případech však nemusí nikdy dojít k úplnému zhojení rány. V dnešní moderní době máme však stále více možností, které dávají pacientům naději na uzdravení. Při léčbě chronického defektu narážíme u většiny na vznik débridementu. Jedná se o nekrotickou tkáň, která musí být neustále odstraňována (STRYJA, 2016).

Její odstranění ze spodiny rány je v moderní léčbě nejdůležitějším krokem. Pro správnou léčbu chronických ran si můžeme vybrat z několika jejích typů. Rozlišujeme hydroterapii, vlhkou terapii, klasickou terapii (obvazy, náplasti), kompresivní terapii a podtlaková terapii. Na trhu se můžeme setkat s několika firmami, které nabízejí hojivé krytí (STRYJA, 2016).

Hydroterapie neboli laicky vodoléčba je metoda, jež se využívá u většiny komplikovaných defektů. Jedná se o rány, které jsou infikované, povleklé, nekrotické nebo silně secernující. Tato terapie je jednoduchá a účinná (STRYJA, 2016).

Dalším typem je vlhká terapie, jejímž účinkem je udržení co nejlepšího stálého vlhkého prostředí v ráně. Vzhledem k této schopnosti je možný postupný vznik granulační tkáně a postupná epitelizace rány. Materiály vlhkého krytí mají výhodu v tom, že z rány odvádějí tvořený exsudát, udržují tělesnou teplotu, nezpůsobují trauma poranění rány při převazu, ochraňují defekt před sekundární infekcí, zlepšují stav spodiny rány a snižují možný vznik macerace defektu. Velkým pozitivním přínosem tohoto typu jsou nižší náklady při léčbě chronické rány (STRYJA, 2016).

Výše zmiňovaná klasická obvazová terapie nemá žádný léčebný účinek. Jedná se o využívané sekundární krytí (mulové čtverce, obinadla, savé podložky nebo náplasti). Kompresivní terapie nepatří stejně jako klasická obvazová terapie k léčbě, která se aktivně podílí na zhojení defektu. Do kategorie kompresivní terapie zařazujeme elastická obinadla, která můžeme rozdělit na krátkotažná nebo dlouhotažná. Pokud máme pacienta, který trpí bércovým vředem, je velice dobré po skončení převazu nemocnému ještě udělat bandáž končetin, zejména dolních. Při bandáži dolních končetin se zlepšuje cirkulace krve a lymfatického systému. Při lepší cirkulaci krve v končetinách dochází k rychlejšímu hojení defektů (STRYJA, 2016).

Podtlaková terapie je neinvazivní způsob léčby, který podporuje a urychluje léčbu ran. Tento způsob je vhodný jak pro chronické rány, tak i pro léčbu akutních ran (STRYJA, 2016).

3.2.1 Hydrochirurgie

Tento způsob léčby chronických ran je považován za jeden z nejmodernějších. Jedná o použití sterilního fyziologického roztoku pro čištění spodiny rány. Největší účinky má tato metoda v okamžiku, kdy dochází k čištění spodiny rány proudem tekutiny. Tento způsob léčby umožňuje přístroj VersaJet, který provádí aplikaci tekutiny na defekt speciální tryskou. Cílem je odstranit veškerý exsudát ze spodiny rány včetně odumřelé tkáně. Tento přístroj se poprvé v praxi objevil v roce 2004 ve Francii. V zahraničí je tato metoda velmi rozšířená a využívána. V České republice se zatím příliš neaplikuje (STRYJA, 2016).

Přístroj se skládá ze tří částí, které je nutné před každým použitím znovu sestavit. Pracovní nástroj se nazývá Handpiece, je tvořen pumpou a třemi hadicemi. Ty rozdělujeme na vysokotlaké, nízkotlaké a odvod odpadu. Lékař, který celý výkon provádí, ovládá přístroj dle potřeby nohou. Na samotném přístroji je možné si zvolit intenzitu proudící tekutiny, tím se určuje lokální působení na tkáň. *„Podle intenzity chodu máme možnost provádět výkony s vysokou selektivitou a šetrností, včetně pomalého odstranění povlaků na povrchu rány hnisu, nebo agresivní debridement“* (STRYJA, 2016, str. 82).

Indikace a kontraindikace hydrochirurgie

Výhod léčby hydrochirurgií je mnoho. K hlavním patří rychlost, přesnost, čistota a bezpečnost. Handpiece odvádí veškerou práci s poškozenou tkání. Tento nástroj dokáže velmi přesně oddělit zdravou a poškozenou tkáň. Odstraňuje z rány nekrózu včetně hnisu, fibrinových povlaků nebo nekrotické části fascie. Při využití Handpiece lze snadněji provést nekrektomie z hlubokých ran (STRYJA, 2016).

Podle odborné literatury jsou vhodné k indikaci následujících chronických defektů: „*Ulcerace venózní, ischemické, neuropatické etiologie, komplikace syndromu diabetické nohy vyžadující debridement, povrchní oděrky s rizikem vzniku traumatické tetováže, traumatické rány a akutní rány komplikované zhmožděním měkkých tkání a přítomností nekrotické na spodině a okrajích rány, ostatní infikované (sekundárně se hojící) otevřené rány, popáleniny III. a IV. stupně*“ (STRYJA, 2016, str. 81–82).

Jedinou nevýhodou této léčebné metody je, že se musí provádět v lokální nebo celkové anestezii. Toto rozhodnutí záleží na anesteziologovi. Výkon se provádí na zákrovém sálku nebo na operačním sále (STRYJA, 2016).

3.2.2 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie ran je opomíjená metoda, která na svůj úplný rozvoj zatím čeká. Jedná se o léčbu, která je rozdělena do dvou typů. První je metoda, která využívá ke snížení bolesti a podpoře hojení elektrický proud (střídavý, pulzní, stejnoměrný). K druhému řadíme technologie, které vyzařují tepelnou, zvukovou a světelnou energii. Zařazujeme sem metody s hlubokým tepelným účinkem, metody bez tepelného účinku a hydroterapii (STRYJA, 2016).

Elektrostimulace v léčbě ran

Tato metoda je využívána již od 60. let 20. století. V České republice se nevyužívá, ale v zahraničí je již velmi rozšířená. V USA je tento typ léčby hrazen ze zdravotního pojištění. Jedná se o metodu, která je využívána hlavně při léčbě dekubitů. V dnešní době máme k dispozici již několik studií o elektrostimulaci, které prokazují kladný vliv na hojení různých chronických defektů (STRYJA, 2016).

Elektrostimulující proud lze popsat řadou fyzikálních veličin (typ proudu, kapacita, polarita, amplituda a napětí, intenzita, tvar křivky, frekvence pulsů), délkou trvání elektrostimulace, uložením elektrod. Z tohoto vyplývá, že vlastnosti, indikace a účinnost konkrétního produktu se mohou lišit. Mezi obecné biologické efekty elektrostimulace patří bakteriostatický efekt, místní zvýšení krevního průtoku (negativní polarita), místní redukce otoku, snížené vnímání bolesti, urychlení débridementu, místní zvýšení transkutánní koncentrace kyslíku (STRYJA, 2016, s. 107).

Fototerapie ran

Léčebná metoda pomocí světla. Ač není fototerapie velmi využívána, její historie sahá až do daleké minulosti (STRYJA, 2016).

První zmínka se objevila v Egyptě okolo roku 2500 př. n. l. Helioterapie (léčba pomocí slunečních paprsků) byla využívána v dobách starověkého Řecka a Říma. Dánský vědec Finsen, držitel Nobelovy ceny, na začátku 20. století učinil průlom této metody (STRYJA, 2016).

Jeho objev prokázal, že světelná stimulace má kladný vliv na léčbu defektů a kožních chorob. Od 60. let 20. století se ve fototerapii využívá polarizované světlo a světlo emitované laserem. Polarizované světlo je světlo, které je fyzikálně modifikováno. Světlo, jež se nejčastěji využívá k fototerapii, je červené a má vlnovou délku 620 – 630 nm. Jeho zdroje rozdělujeme do tří skupin: monochromatické, polychromatické a Q - monochromatické. Do skupiny monochromatických zdrojů řadíme laserové světlo a k polychromatickým zdrojům klasické biolampy. Ve skupině Q – monochromatických zdrojů nalezneme LED záření – světlo vyzářující dioda (STRYJA, 2016).

3.2.3 Hyperbarická oxygenoterapie

Tato léčba probíhá ve speciální hyperbarické komoře. Jedná se o speciální uzavřenou místnost, která je vyrobená z oceli. Pacienti mají možnost vdechovat 100% kyslík. Pro jeho vdechování využívají speciální masku. Uvnitř hyperbarické komory mohou pacienti sedět i ležet. Tuto léčbu mohou podstoupit i nemocní, kteří jsou upoutáni na lůžko. Čas, který pacient stráví v hyperbarické komoře, je individuální. Závisí na jeho zdravotním stavu i diagnóze. U pacientů rozlišujeme akutní a chronické indikace. Akutní indikací je např. otrava CO₂ nebo jinými kouřovými plyny, replantace končetiny, drtivé poranění končetin, dekompresní choroba atd. Ke chronickým indikacím patří popáleniny s větším rozsahem než 20 % tělesného povrchu, diabetické chronické defekty, ischemické vředy atd. Kontraindikace vzniká u pacientů pouze v případě, že by hrozilo riziko zhoršení jejich dosavadního stavu (STRYJA, 2016).

3.2.4 Débridement

„Prof. F. Gottrup z University Center of Wound Healing z dánského Odense definuje débridement jako odstranění cizího materiálu a nekrotických nebo kontaminovaných tkání z traumatické nebo infikované léze“ (STRYJA, 2016, s. 71).

Débridement má za cíl odhalit zdravou tkáň na spodině rány, a podpořit tak hojení chronické rány (STRYJA, 2016).

Indikace a kontraindikace débridementu

Vzhledem k možnosti využít čtyři metody débridementu, záleží pouze na rozhodnutí lékaře, kterou u jaké chronické rány zvolí. Jedinou zásadní kontraindikací je užívání warfarinu nebo jiné poruchy koagulace (STRYJA, 2016).

Metody débridementu

Jak již bylo zmíněno výše, débridement dělíme na čtyři skupiny: mechanický, autolytický, chemický a enzymatický. Pro správný výběr débridementu musíme brát v úvahu charakter rány a nekrózy, naléhavost, bolestivost a také základní onemocnění pacienta. Ošetřující lékař musí brát v úvahu i celkový a momentální stav pacienta (STRYJA, 2016).

Mechanický débridement

Mechanický neboli „ostrý“ débridement je využíván ve zdravotnictví již dlouhá léta. Tento způsob débridementu rozdělujeme ještě na tři další podskupiny. Jedná se o chirurgický débridement, hydroterapii a débridement wet-to-dry. Mechanický débridement je jeden z nejvyužívanějších způsobů k odstranění nekrotické tkáně. K jeho výhodám patří nízká cena a rychlost provedení. Naopak k nevýhodám mechanického débridementu řadíme možnost, že dojde k poškození již hojících se tkání v okolí defektu (STRYJA, 2016).

Chirurgický débridement je indikovaný u defektů měkkých tkání, které jsou hluboké, rozsáhlé, bolestivé a nekrotické. Vzhledem k tomu, že se velmi často pro pacienta jedná o velký a hlavně bolestivý zákrok, je nutné, aby se prováděl na operačním sále za přítomnosti anesteziologa (STRYJA, 2016).

V poslední době se při tomto výkonu využívá spíše spinální anestezie, která je pro pacienta šetrnější. Pro chirurgický débridement lékař potřebuje následující instrumenty: skalpel, nůžky, pinzetu a exkochleační lžičku (STRYJA, 2016).

U ostrého débridementu nesmíme zapomenout na pravidelnou kontrolu okolí defektu, kde může vznikat hyperkeratóza. Jedná se o silnou epitelizační tkáň, která brání vzniku nové tkáně v místě rány. Pokud hyperkeratóza u defektu vznikne, je důležité ji ostrým débridementem odstranit (STRYJA, 2016).

Hydroterapie je druhou podskupinou mechanického débridementu. Jedná se o relativně novou metodu v léčbě, při níž dochází k odstranění débridementu pomocí proudící tekutiny a přístroje VersaJet. Tento způsob odstranění débridementu je blíže popsán v kapitole Hydrochirurgie (STRYJA, 2016).

Débridement wet-to-dry je třetí a poslední podskupina mechanického débridementu. Tato metoda je finančně náročná a pro pacienta bolestivá. Jedná se o metodu, kdy se u defektu provádí pouze mechanický débridement a rána se převazuje několikrát denně za použití oplachových roztoků. Sterilní gáza, která se na spodině rány nachází, přisychá a při odstranění krytí se tkáň poškozují. Tato metoda je výhodná pouze pro pacienty, kteří potřebují neustálou kontrolu defektu, nebo pacienty, kteří jsou ohroženi závažnou infekcí vráně (STRYJA, 2016).

Autolytický débridement

Autolytický débridement spočívá v činnosti enzymů, které jsou tělu vlastní, neboli tzv. metaloproteáza žírných buněk. Prostředí rány musí být optimálně vlhké. Jedná se o nejčastěji prováděný postup čištění defektů, jež využívá vlhkou terapii. Je to také jedna z nešetrnějších metod léčby (STRYJA, 2016).

K výhodám autolytického débridementu patří: efektivnost, bezpečnost, snadné použití, rozpouští se jen nekrotická tkáň a pro mnoho pacientů je bezbolestný. K nevýhodám patří především čas. Tato metoda je oproti jiným velmi časově náročná. Celý defekt je nutné pravidelně kontrolovat, protože hrozí riziko vzniku infekce. Dále je nutné chránit i okolí zdravé tkáně vzhledem k možnosti vzniku macerací (STRYJA, 2016).

Pro autolytický débridement je vhodné využít následující krycí materiály: hydrogely (suchá nekróza), hydrokoloidy, hydrogely v kombinaci s antiseptickým krytím nebo transparentním filmovým krytím, superabsorpční polštářky (TenderWet), algináty (silně secernující rány) a Hydrofiber (STRYJA, 2016).

Chemický débridement

K odstranění nekrotických tkání používáme chemické sloučeniny: kyselinu benzoovou, kyselinu salicylovou, 40% ureu nebo chlorany. Tyto chemické látky rozkládají nekrózy při nízkém pH. U chemického débridementu však hrozí poškození a macerace okolní zdravé tkáně. Tuto metodu v dnešní době lékaři nevolí často. Chemický débridement se může využít ještě u nekrotických popálenin (STRYJA, 2016).

Enzymatický débridement

Rychlá a šetrná metoda débridementu, která nepoškozuje zdravé tkáně a netraumatizuje spodinu defektu. *„Enzymatický débridement využívá k čištění ran zvnějšku dodané enzymy, které rozkládají bílkoviny odumřelých tkání u popálenin a nekrotických ran“* (STRYJA,2016, s. 77).

Enzymatický débridement, je indikací u pacientů, kteří netolerují jiné metody débridementu, nebo pokud okolí defektu špatně reaguje na použité okluzivní a adhezivní krytí. Tato metoda není vhodná pro infikované rány. K léčbě využíváme několik různých mastí, např. Iruxol, Fibrolanung., Mono ung. Vzhledem k tomu, že jsou masti využívány při převazu, náklady na tuto léčbu se zvyšují (STRYJA, 2016).

3.2.5 Larvální terapie

Alternativní metoda odstranění nekrotických tkání defektu. Larvoterapie je jedna z nejdéle využívaných léčebných metod débridementu. Její počátky sahají až do 16. století, kdy máme první psané doklady o této metodě. Jak již bylo zmíněno v úvodu této práce, první písemnou zmínku udělal Ambrosie Paré, který byl hlavním chirurgem Karla IX. a Jindřicha III. Další lékař, který se zasloužil o vyzdvižení této léčebné metody, byl prof. William Baer (1872 – 1931) (STRYJA, 2016).

Ten za I. světové války využíval larvy k ošetření vojáků, kterým byl amputován pahýl. Od 16. století až do dnešní doby prošla tato metoda velkými změnami od indikace po aplikaci, avšak účel podání larvální terapie zůstává stále stejný. Tato metoda byla dne 27. 10. 2003 schválena Vědeckou radou MZ ČR jako léčebná. Od 1. 11.2008 je larvoterapie u pacientů hrazená zdravotní pojišťovnou, podmínkou je však alespoň jednodenní hospitalizace (LARVY, 2013).

K této léčebné terapii jsou v současné době využívány larvy *Lucilia serricata* neboli bzučivky zelené. Pro zajištění co největšího bezpečí pacienta jsou larvy nejdříve dezinfikovány a jejich pěstování probíhá ve sterilním výživovém prostředí. Následný transport probíhá ve speciálním plastovém boxu, který je přímo určený k tomuto úkolu (LARVY, 2013).

Indikace a kontraindikace terapie

Využití této alternativní terapie je vhodné pouze pro infikované a nekrotické tkáně. Nejčastěji se larvy bzučivky zelené využívají při léčbě bérkových vředů, syndromu diabetické nohy, popáleninách a nekrotických dekubitů. Pokud má pacient defekt, který je infikovaný kmeny MRSA, není to při terapii žádná komplikace. Jestliže jde o pacienta s defektem, který komunikuje s jinými tělními dutinami nebo orgány, je to jedna z kontraindikací k podání léčby. Dále nesmí být defekt v blízkosti velkých cév a nesmí být žádná pravděpodobnost ke vzniku masivního krvácení. Druhou kontraindikací je i podezření na možnou infekci *Pseudomonas aeruginosa*. Jedná se o běžnou infekci, kterou může pacient dostat i během hospitalizace. Jestliže u pacienta zvolíme larvoterapii při možné infekci *Pseudomonas aeruginosa*, způsobujeme tak nemocnému riziko vzniku možné superinfekce rány pseudomonádou (STRYJA, 2016).

3.2.6 Terapie řízeným podtlakem

Vivano je inovativní systém pro vakuové ošetření ran, který je složený z vakuového přístroje VivanoTec a obvazové sady VinanoMed a dalšího vybavení. Vakuová terapie je využívána v mnoha případech léčby ran. Jedná se o pokročilou formu léčby zaměřenou na stimulaci růstu granulační tkáně a podporu hojení ran (PARTNER W LECZENIU RAN, 2015).

Tento systém se využívá zejména na rány, které se obtížně hojí, jsou komplikované nebo mají velkou plochu povrchu. Systém Vivano výrazně zkracuje proces hojení (PARTNER W LECZENIU RAN, 2015).

K podtlaku se využívá subatmosférický tlak, který uspíší tvorbu granulační tkáně, brání vzniku bakteriální infekce a celkově urychluje hojení rány.

„Jako první popsal tuto metodu Fleischmann et al. v roce 1993, který informoval o použití subatmosférického tlaku k hojení ran u 15 pacientů po otevřených zlomeninách.“ (POKORNÁ, 2012, s. 91)

Na začátku byly využívány k podtlaku běžné odsávací chirurgické nástroje. V roce 1995 byl vytvořen odsávací systém V. A. C. (vakuum assisted closure). V České republice se tato metoda využívá od roku 2005. K nejlepšímu toku krve dochází při hodnotě tlaku 125mmHg, který se označuje jako nejvhodnější pro účinný začátek hojení rány. Pokud nastavíme tlak vyšší než 400 mmHg, dochází ke zpomalení průtoku krve. Z tohoto důvodu je většina přístrojů určená k podtlakové terapii nastavitelná maximálně na 200mmHg (POKORNÁ, 2012).

Pokud se lékař rozhodne pro využití podtlakové terapie, může volit mezi dvěma různými druhy režimů. Ty dělíme na kontinuální a intermitentní. Každý z nich má své plusy, specifika a využití. Pro lékaře je velkou výhodou možnost kombinovat dle potřeby oba režimy dohromady (POKORNÁ, 2012).

Kontinuální režim vyvíjí neustále podtlak v místě defektu. Principem neustálého podtlaku je vytvoření tzv. dlahového efektu. Tento typ je možné využít v rozmezí čtyřiceti osmi hodin po operaci, kdy se v ráně tvoří největší množství sekretu. Dále je tento režim vhodný po kardiologických operacích, kdy pod tlakem dochází ke zpevnění sternu (POKORNÁ, 2012).

V intermitentním režimu se podtlak uplatňuje po odeznění sekrece z rány a pouze v určitých intervalech. Tento způsob na rozdíl od kontinuálního režimu výrazně podporuje granulaci tkáně. Další výhodou, která je spojena s tímto typem režimu, je, že tlak působí na ránu v cyklech (POKORNÁ, 2012).

Indikace a kontraindikace podtlakové terapie

Metoda NPWT neboli Negativ Pressure Wound Therapy je indikovaná pro tyto typy ran: akutní rány (traumatické, hluboké popáleniny, neštěpené transplantáty a štěpy), subakutní rány (rozpad chirurgických operací, nejčastěji břišních) a chronické rány (dekubity, diabetické a neuropatické defekty, erudující rány a suché rány) (POKORNÁ, 2012).

Kontraindikace vzniká v případě, že se jedná o defekty s malignitou v ráně, neléčenou osteomyelitidou, nekrotickou tkáň pokrytou strupem, nekrotickou tkáň bez provedení débridementu, pokud defekt odkrývá krevní cévy nebo orgány nebo jestliže v ráně vznikly střevní nebo jiné píštěle (POKORNÁ, 2012).

Aplikace podtlakové terapie

Celý proces aplikace musí probíhat za přísných sterilních podmínek, aby při ní nedošlo k zanesení infekce do rány. Pro správnou aplikaci podtlakové terapie je nutné důkladné odstranění chloupků z okolí defektu a odmaštění okolní kůže, aby bylo možné provést správnou fixaci. Dále si lékař musí sterilně vytvarovat pěnu, která musí vyplnit celé místo rány. Tato pěna může mít různou velikost póru, již určíme dle potřeby a charakteru rány. Pokud pěna vyplňuje celé místo defektu, můžeme zafixovat drenážní hadici a přelepit průhlednou fixační fólií. Pokud jsou pěna a drenážní hadice pevně zafixovány, propojíme drenážní hadici se sběrnou nádobou. V ní se hromadí odsátý sekret z rány. Výměna této nádoby je doporučována ihned při naplnění nebo po týdnu odsávání. Předchází se tak vzniku nepříjemného zápachu sekretu z rány. Pokud je připojená drenážní hadice na sběrnou nádobu, napojíme celý systém na pohon, který umožní určení režimu a velikosti podtlaku (ZDRAVÍ EURO, 2017).

3.2.7 Kompresivní terapie

Kompresivní terapie se řadí k základním metodám využívaným při onemocnění žil a lymfatického systému. Tato onemocnění způsobují otoky s městnáním tělních tekutin na dolních končetinách. Kompresivní terapie se aplikuje na postižené končetiny vnější kompresí v podobě bandáží (STRYJA, 2016).

Cílem této léčebné metody je odstranění otoku měkkých tkání, zlepšení cirkulace a zlepšení podmínek pro hojení (STRYJA, 2016).

Indikace a kontraindikace kompresivní terapie

Nejčastější onemocnění, které je indikované ke kompresivní terapii, je chronická žilní insuficience a projevy tohoto onemocnění. K projevům této nemoci řadíme primární a sekundární varixy DK, křečové žíly v těhotenství, otoky končetin, posttrombotický syndrom, ošetření dolních končetin po sklerotizaci varixů nebo po chirurgickém zákroku (STRYJA, 2016).

Druhým onemocněním, které je indikací pro kompresivní terapii, jsou bércové vředy smíšené a venózní etiologie. V neposlední řadě sem řadíme také flebedém, lymfedém, flebotrombózu včetně prevence a stavu po zhojení a také tromboflebitid a stavy pozhojení (STRYJA, 2016).

Kontraindikace kompresivní terapie můžeme rozdělit do dvou skupin – relevantní a absolutní. K absolutním kontraindikacím patří onemocnění jako dekompenzovaná srdeční insuficience, septická flebitida a trombóza hlubokých i povrchových žil dolních končetin s rozsáhlým otokem (phlegmasia coerulea dolens) (STRYJA, 2016).

K relativním kontraindikacím řadíme periferní neuropatii, nesnášenlivost materiálu, ze kterého je kompenzační pomůcka vyrobena. Poslední je ischemická choroba dolních končetin s periferními tlaky pod 80 mmHg (STRYJA, 2016).

Kompresivní pomůcky

Zvolení kompresivních pomůcek závisí na základní diagnóze, stádiu onemocnění a snaze pacienta spolupracovat. Ke kompenzačním pomůckám zařazujeme kompresivní bandáže, kompresivní punčochy a návleky i přístroje pro presoterapii. U chronické žilní insuficience je narušen mechanismus žilně - svalové pumpy, kterou kompresivní terapie zvyšuje. Činnost svalů je pro kompresivní terapii, která má být účinná, velmi důležitá. Pokud se pacient léčí s bércovými vředy žilního původu, většinou aplikujeme dočasné kompresivní obvazy na dolní končetiny (STRYJA, 2016).

Obinadla s krátkým tahem

Tato krátkotažná obinadla se vyznačují tím, že jsou málo roztažitelná, což má za následek silný kompresní účinek, vysoký pracovní tlak a nízký klidový tlak. Tento typ obinadel je vhodný pro pacienty trpícími lymfatickými otoky a pro pacienty se všemi formami chronické žilní choroby. Krátkotažná obinadla je vhodné používat ke kompresivní terapii od začátku onemocnění až po konečnou stabilizaci stavu. Výhodou krátkotažných obinadel je lepší přizpůsobení končetině při zmírnění otoků. Při správném přiložení obinadel na končetinu mohou být ponechána na končetině až 3 dny. U tohoto typu obinadel existuje několik možností lišící se tažností, která se pohybuje od 60% do maximálních 110%. Požadovanou tažností se u pacienta docílí správného vysokého pracovního a nízkého klidového tlaku (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

Obinadla s dlouhým tahem

Působení tlaku je u dlouhotažných obinadel opačné. Tato obinadla mají vysoký klidový tlak a nízký pracovní tlak. Tento druh obinadel se oproti krátkotažným obinadlům využívají jen na krátký čas, např. při pohybu. Dlouhotažná obinadla se sundávají při delším pohybovém klidu nebo na noc (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

Kompresivní elastické punčochy

Tyto elastické punčochy se využívají u chronicky nemocných pacientů, kteří mají neměnný objem dolních končetin, u pacientů kteří netrpí větší asymetrií končetin a v neposlední řadě u pacientů, kteří si dokážou elastické punčochy navléci sami. Kompresivní elastické punčochy jsou vždy dlouhotažné. Z tohoto důvodu je nutné sundávat punčochy vždy na noc. Elastické punčochy jsou rozděleny na čtyři skupiny, které se liší podle tlaku, jenž je tvořen okolo kotníků (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

1. Ileká komprese 18 – 21 mmHg

Elastické punčochy se používají převážně při prevenci vzniku křečových žil (dědičnost, těhotenství), při pocitu únavy nebo slabosti v dolních končetinách (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

2. středně silná komprese 23 – 32 mmHg

Středně silná komprese elastických punčoch se využívá před a po operaci křečových žil. Dále se tento druh punčoch využívá při začínajících projevech chronické žilní choroby nebo při otocích dolních končetin během těhotenství (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

3. silná komprese 34 – 46 mmHg

Elastické punčochy se silnou kompresí se používají u pacientů, kteří prodělali zánět hlubokých žil nebo u pacientů trpících křečovými žilami, které vzniknou na základě poškození hlubokého žilního systému. Dále se tyto punčochy využívají jako prevence recidivy bércového vředu žilního původu nebo při otocích dolních končetin, které vznikají z důvodu nedostatečné funkce žilního nebo mízního systému (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

4. extra silná komprese – více než 49 mmHg

Extra silná komprese se využívá u chronických pacientů, kteří trpí otoky dolních končetiny na základě špatného žilního nebo mízního systému. Využití tohoto druhu elastických punčoch se kontraindikuje při dekompenzaci nebo při selhávání srdce. Dále je také kontraindikováno u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin, kdy mají končetiny periferní tlak pod 80 mmHg (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

Kompresní systém

Tento systém se využívá u pacientů trpících bércovými vředy žilního původu. Kompresní systém je složený z použití dvou kompresních punčoch. Ty dohromady vytvářejí klidový tlak 40 mmHg, který je potřebný k léčbě vředů a zabraňuje recidivě. Dolní punčocha vyvíjí tlak 18 – 20 mmHg a horní punčocha pak tlak 20 – 22 mmHg. Výhodou tohoto systému je i nenáročná aplikace a neomezená pohyblivost. Punčocha, která tvoří horní tlak je určena pouze pro denní nošení. Punčochu tvořící spodní tlak je možné nosit 24 hodin (SELLNER ŠVESTKOVÁ, 2013).

Pravidla pro aplikaci kompresivních bandáží

S kompresivní terapií musíme začínat hned ráno, kdy je na lůžku pacientovi přiloženo kompresivní obinadlo, dříve než jsou končetiny svěšeny do svislé polohy. Obinadlo musí být přiložené na končetinu, která je řádně ošetřená. Tím se myslí provedení převazu, výměna sekundárního krytí, ošetření okolní kůže. Pokožka musí být chráněna několika otáčkami obvazové vaty a bavlněným trubicovým obinadlem. Toto obinadlo nasává přebytečný pot. Polstrovací komprese se aplikují v oblasti Achillovy šlachy, za kotníky a v místech výrazného otoku nebo u bércových vředů. Noha a bércec musí svírat v hlezenním kloubu pravý úhel. V oblasti hlezna je největší tlak a směrem nahoru se tlak obinadla snižuje (STRYJA, 2016).

Obinadlo je vedeno od konečků prstů přes nohu, patu a končí nad místem poškození žilního systému. Obinadlo musí být vedeno z vnitřní strany nohy ven. Při kompresní terapii se obinadlo drží nakrátko. Otáčky se překrývají ze 2/3, ale nesmí se tvořit přehyby. Bandáž končetin může být tvořena dvěma způsoby – cirkulárními nebo klasovými otáčkami. Pro pacienta nesmí být bandáž končetin nepříjemná a nesmí nikde na končetině škrtnit. Nemocný s bandážemi končetin musí chodit (STRYJA, 2016).

Nejčastější chyby v kompresivní terapii

Jedním z největších omylů, se kterým se v praxi nejčastěji setkáváme, je, že bércový vřed s chronickou žilní insuficiencí je kontraindikací pro přiložení kompresivní bandáže. Je tak velmi důležité edukovat pacienty s tímto problémem. K dalším nejčastějším chybám v kompresivní terapii řadíme nezabandážování paty, použití úzkého obinadla, nízký tlak v oblasti kotníků, který se zvyšuje směrem nahoru, přiložení kompresivního obinadla jen na postižený úsek končetiny, nedostatečný tah při přikládání obinadla a poslední chybou je konec obinadla zasunutý za poslední otáčkou (STRYJA, 2016).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Chronické rány jsou stále aktuálním problémem nejen v ošetrovatelské péči. S chronickými defekty se léčí převážně pacienti staršího věku. V posledních letech však přibývá počet mladých lidí, kteří se léčí převážně s diabetickými defekty. Léčba všech defektů se neustále vyvíjí. K velkému vývoji došlo zejména v oblasti terapeutického krytí, jež se využívá dle charakteru defektu. Jedním z hlavních cílů je dosažení úplného zhojení defektu. Pokud to není možné, je velmi důležité, aby byla zachována co největší kvalita života pacienta. Ambulantní péče bez nutnosti hospitalizace přináší nemocnému i jeho rodině řadu benefitů. Je zajištěna garance adekvátního osobního přístupu. Jaká jsou specifika ambulantní péče o chronické rány?

5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou ránou v ambulantní praxi.

5.2 Dílčí cíle

Dílčí cíl č. 1 je zaměřený na otázky č. 1, 2, 3, 5 a 6. Druhý dílčí cíl je zaměřený na otázky č. 8, 10, 11. Poslední třetí cíl je zaměřený na otázky č. 4, 7 a 9.

1. Zmapovat spektrum nemocných dispenzarizovaných v ambulanci péče o chronické rány.

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 1, 2, 3, 5 a 6.

2. Zmapovat zapojení rodinných příslušníků do péče o chronické rány

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 8, 10 a 11..

3. Identifikovat klíčové oblasti ošetrovatelské péče v ambulanci pro hojení chronických ran.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4, 7 a 9.

5.3 Výzkumné otázky/problémy

1. Jací pacienti a v jakém rozmezí se ošetřují v ambulanci?
2. Trpí pacienti bolestmi při léčbě?
3. Jak pacienti vnímají možnost péče o ránu v ambulantní péči?
4. Jaká je míra soběstačnosti v péči o defekt?
5. Jaké jsou překážky v péči o chronickou ránu ze strany pacientů?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr ambulantních pacientů pro praktickou část bakalářské práce byl záměrný. Do dotazníkového šetření byli zahrnuti všichni pacienti navštěvující ambulanci chronických ran, bez dalších kritérií pro výběr. Z důvodu jejich malého počtu byl zvolen doplňující rozhovor se dvěma respondenty. Jejich výběr pro uskutečnění rozhovoru byl záměrný. Důležitými faktory pro výběr respondentů byla existence chronického defektu. Věk, pohlaví a přidružená onemocnění nebyly výběrovými kritérii. Všichni pacienti byli seznámeni s tím, že bude sběr informací anonymní.

7 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je složena z kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum jsem zvolila z důvodu oslovení všech pacientů navštěvujících ambulanci chronických ran. Vzhledem k malému počtu respondentů v dotazníkovém šetření jsem provedla ještě kvalitativní výzkum formou rozhovoru.

Kvalitativní výzkum povedeme formou polostandardizovaného rozhovoru.

„Polostandardizovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků výzkumu ptát. Pořadí je možné zaměňovat.“ (Kutnohorská, 2009)

Pro kvantitativní výzkum je nejdůležitější sběr potřebných dat, jež mají za úkol zachytit zkoumanou oblast. Tato metoda je zaměřena na velký počet respondentů, kteří nejčastěji odevzdávají odpovědi formou dotazníků. Pro výzkum byl zvolen dotazník, jehož součástí byly polouzavřené otázky, tzn. *„je dán výběr možností odpovědí na otázku, poslední možnost je volná pro případné doplnění“* (PLEVOVÁ, 2018, s. 228).

Všechny řádně vyplněné dotazníky jsou následně zpracovány a statisticky vyhodnoceny. Celý dotazník obsahuje jedenáct otázek. Dvě otázky nejsou zaměřeny na chronický defekt. Další dvě se zabývají přímo charakterem rány. Následujících pět otázek je zaměřeno na péči o chronickou ránu a pohodlí pacienta. Poslední dvě, které se v dotazníku nacházejí, se týkají rodiny pacienta a jeho nejbližších v souvislosti s péčí o ránu.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

V době od 1. března do 30. října 2019 probíhal v Domažlické nemocnici v ambulanci chronických ran výzkum k bakalářské práci se souhlasem hlavní sestry PhDr. et. Mgr. Jany Boučkové, MBA.

9 ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKŮ

Tato kapitola je zhotovena z celkem 30 vyplněných dotazníků, které byly rozdané v ambulanci chronických ran. Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány v grafech. Vzhledem k charakteru všech otázek jsem pro lepší přehlednost použila dva typy grafů.

U většiny otázek jsem využila možnosti zvolit výsečový typ grafu. Pouze u grafů č. 1 a 2 jsem použila sloupcový typ. U každého grafu se nachází legenda, která popisuje celý graf. Všechny grafy jsou barevně rozlišené. Vzhledem k důkladnému popsání všech grafů, můžeme vyčíslit celkové i procentuální zhodnocení výsledků.

Graf číslo jedna je složený hned z prvních třech otázek dotazníku. Tento způsob vyhodnocení všech tří otázek je přehlednější pro představu čtenáře o složení pacientů v ambulanci chronických ran.

Cíl 1: Zmapovat spektrum nemocných dispenzarizovaných v ambulanci péče o chronické rány.

Výzkumný problém: Jací pacienti a v jakém rozmezí se ošetřují v ambulanci?

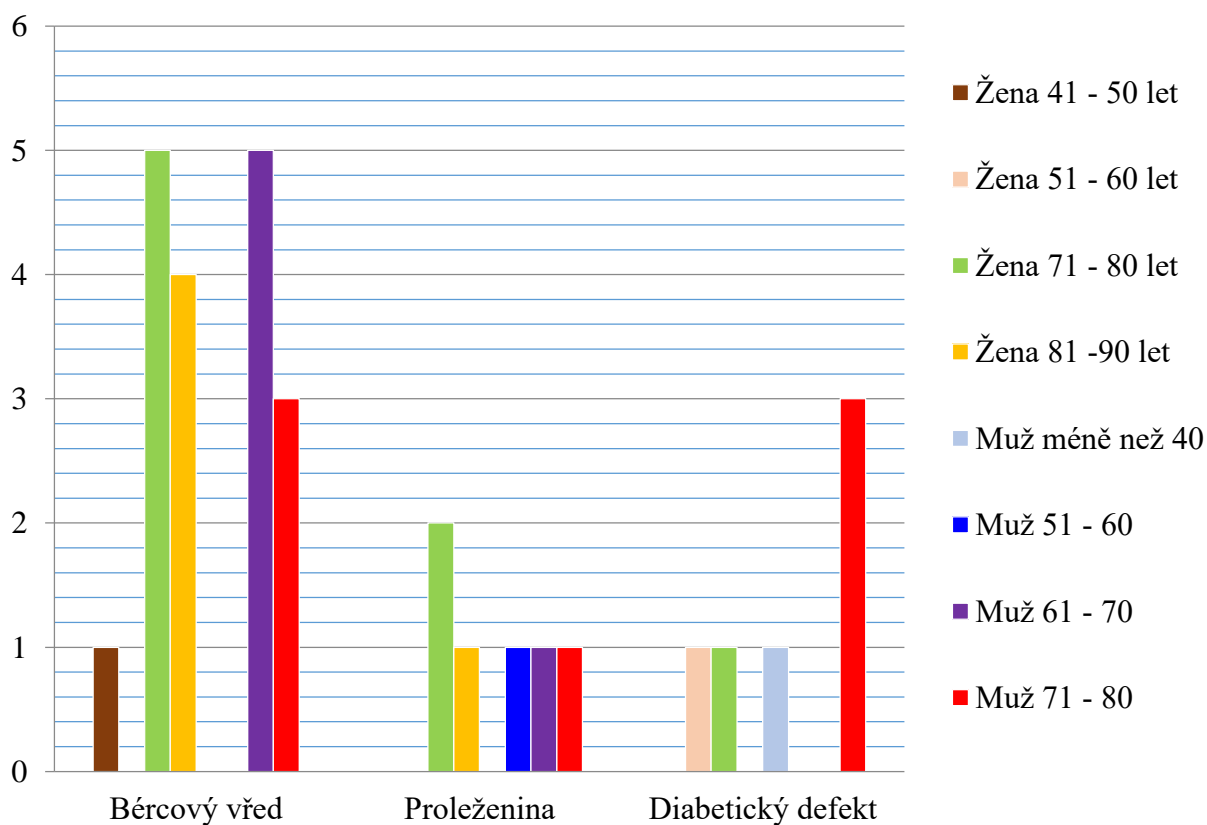
Otázky č. 1, 2, 3, 5, 6

Otázka č. 1 **Jste muž nebo žena?**

Otázka č. 2 **Kolik Vám je let?**

Otázka č. 3 **S jakou chronickou ránou se léčíte?**

Graf č. 1 Rozdělení defektu podle pohlaví a věku



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 1 můžeme vysledovat odpovědi na tři otázky z dotazníku. Celkový počet oslovených respondentů je třicet. Jedná se o patnáct žen a patnáct mužů ve znázorněném věkovém rozmezí. Z grafu se dá zjistit, které pohlaví v jakém věkovém rozmezí a s jakým defektem se léčí v ambulanci chronických defektů.

Nejvíce navštěvují ambulanci dvě skupiny pacientů. První tvoří pět žen ve věku 71 – 80 let, které dochází na léčbu bércového vředu. Druhou skupinou je pět mužů ve věku 61 – 70 let se stejnou diagnózou.

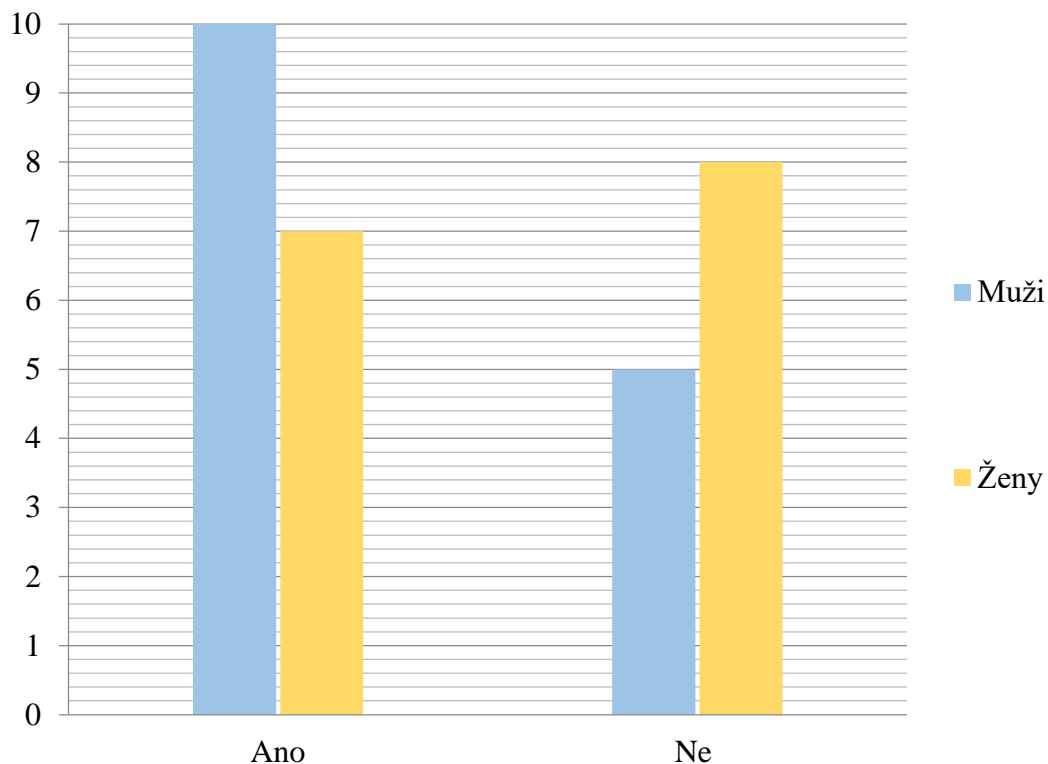
Čtyři ženy ve věku od 81 – 90 let se léčí s bércovým vředem. Třetí nejpočetnější skupinu defektů představují tři muži ve věku 71 -80 let s léčbou bércového vředu a tři muži ve věku 71 – 80 let s léčbou diabetického defektu. S proleženinou navštěvují ambulanci chronických defektů dvě ženy ve věku 71 – 80 let.

Dále se v této ambulanci léčí žena s bércovým vředem spadající do věkového rozmezí 41 – 50 let a jedna žena v rozmezí 51 – 60 let s diabetickým defektem. S diabetickým defektem navštěvují ambulanci další pacienti – žena v kategorii 71 – 80 let a muž mladší než čtyřicet let. S proleženinou se na ambulanci léčí několik pacientů. Žena ve věkové kategorii 81 – 90 let a muži v rozmezí: 51 – 60, 61 – 70, 71 – 80 let.

Výzkumný problém: *Trpí pacienti bolestmi při léčbě?*

Otázka č. 5 **Užíváte léky na bolest?**

Graf č. 2 Užívání léků

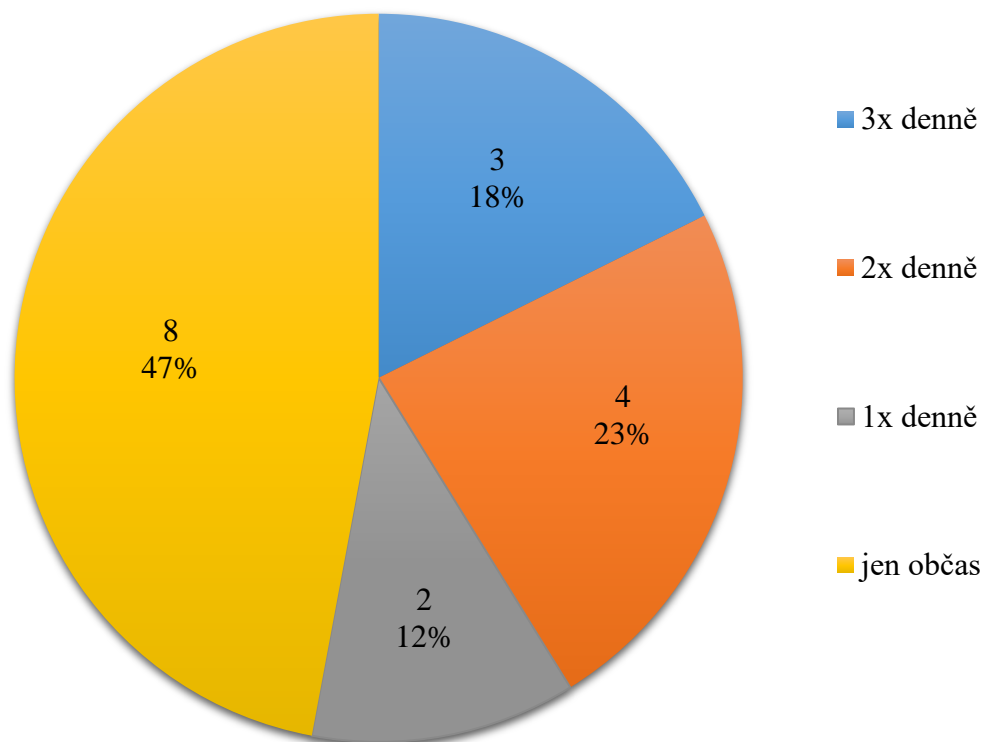


Zdroj: vlastní

V grafu č. 2 můžeme vidět, kolik pacientů z celkového počtu třiceti respondentů užívá analgetika. Jedná se celkem o deset mužů, zbylých pět léky na bolest neužívá. U žen jsou odpovědi zcela odlišné. Celkem sedm žen analgetika užívá a zbylých osm nikoliv.

Otázka č. 6 Pokud užíváte léky na bolest, uveďte prosím JAK ČASTO?

Graf č. 3 Frekvence užívání analgetik



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 zaznamenává odpovědi celkem sedmnácti pacientů, kteří uvedli, že užívají analgetika. Osm z nich užívá léky na bolest jen občas (47%) a další čtyři pravidelně jedenkrát denně (12%). Dvakrát denně užívají léky na bolest tři. (23 %). Nejmenší počet pacientů užívá analgetika třikrát denně, a to pouze dva (18 %).

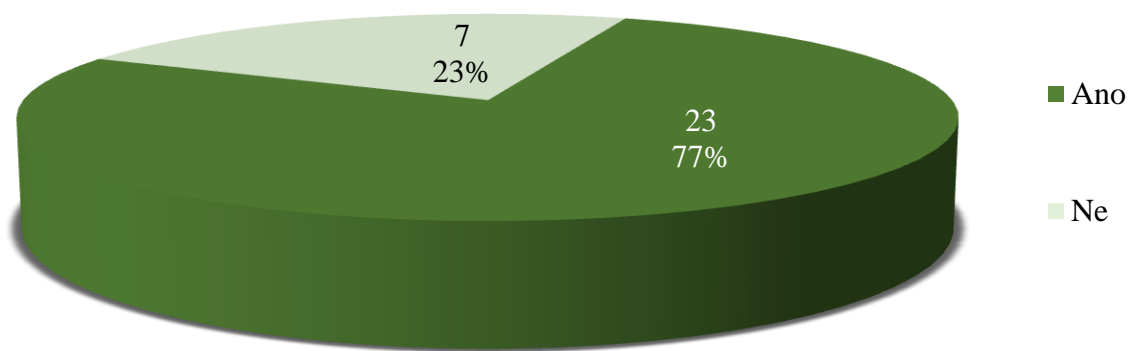
Cíl 2 Zmapovat zapojení rodinných příslušníků do péče o chronické rány.

Výzkumný problém: Jaká je míra soběstačnosti v péči o defekt?

Otázky č. 8, 10, 11

Otázka č. 8 **Využíváte také jiné služby pro ošetření chronické rány (např. domácí péče atd.)?**

Graf č. 4 Využití domácí péče

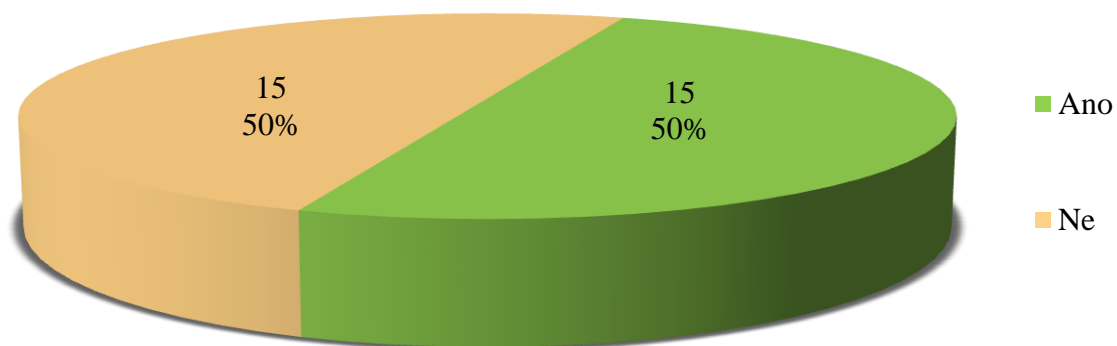


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 4 můžeme vysledovat, že celkem dvacet tři (77%) pacientů využívá služeb domácí péče. Zbýlých sedm (23%) ji nevyužívá.

Otázka č. 10 **Zapojují se do péče o chronickou ránu i vaši nejbližší?**

Graf č. 5 Péče rodinných příslušníků

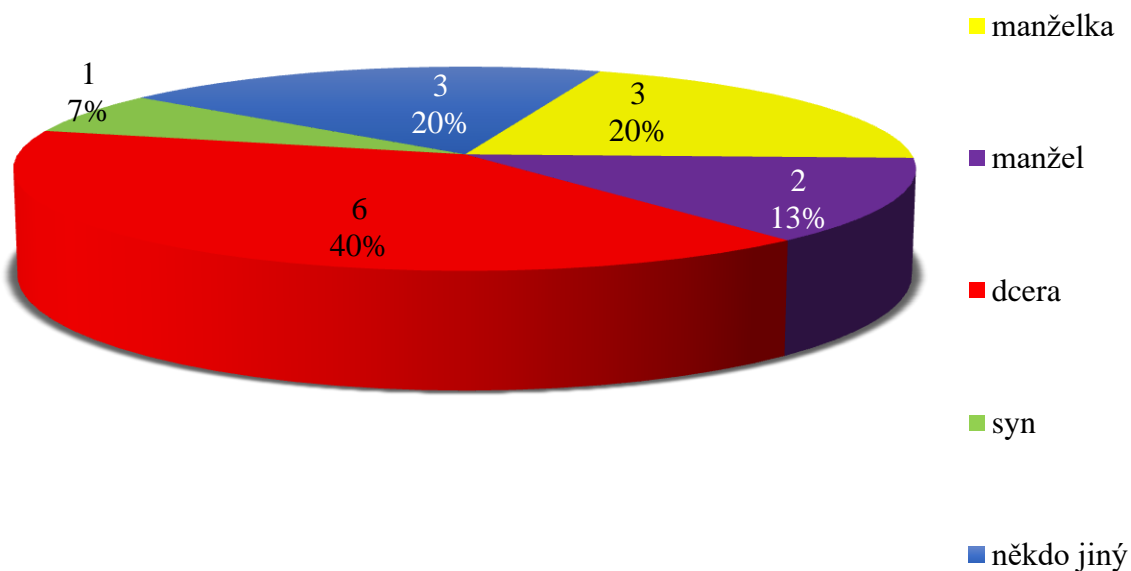


Zdroj: vlastní

Graf č. 5 ukazuje, že do péče o chronickou ránu se u patnácti (50 %) pacientů zapojují rodinní příslušníci. U druhé poloviny se do péče o chronický defekt nikdo z rodinných příslušníků nezapojuje.

Otázka č. 11 **Pokud vám pomáhá v péči o chronickou ránu někdo z rodiny, uveďte prosím KDO?**

Graf č. 6 Péče o defekt v rodině



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 6 lze vyčíst, kdo z rodinných příslušníků pacientům pomáhá v péči o ránu. Celkový počet respondentů je patnáct. Nejvíce pacientů – šest (40%) odpovědělo, že jim s péčí o chronický defekt pomáhá dcera. Dále odpověděli tři (20%) pacienti, že jim s péčí o ránu pomáhá manželka. Se stejným počtem odpovědí se setkáváme u varianty „někdo jiný“. Dvě pacientky odpověděly, že jim s péčí pomáhá manžel (13 %). Pouze jednomu (7%) pomáhá s péčí o chronickou ránu syn.

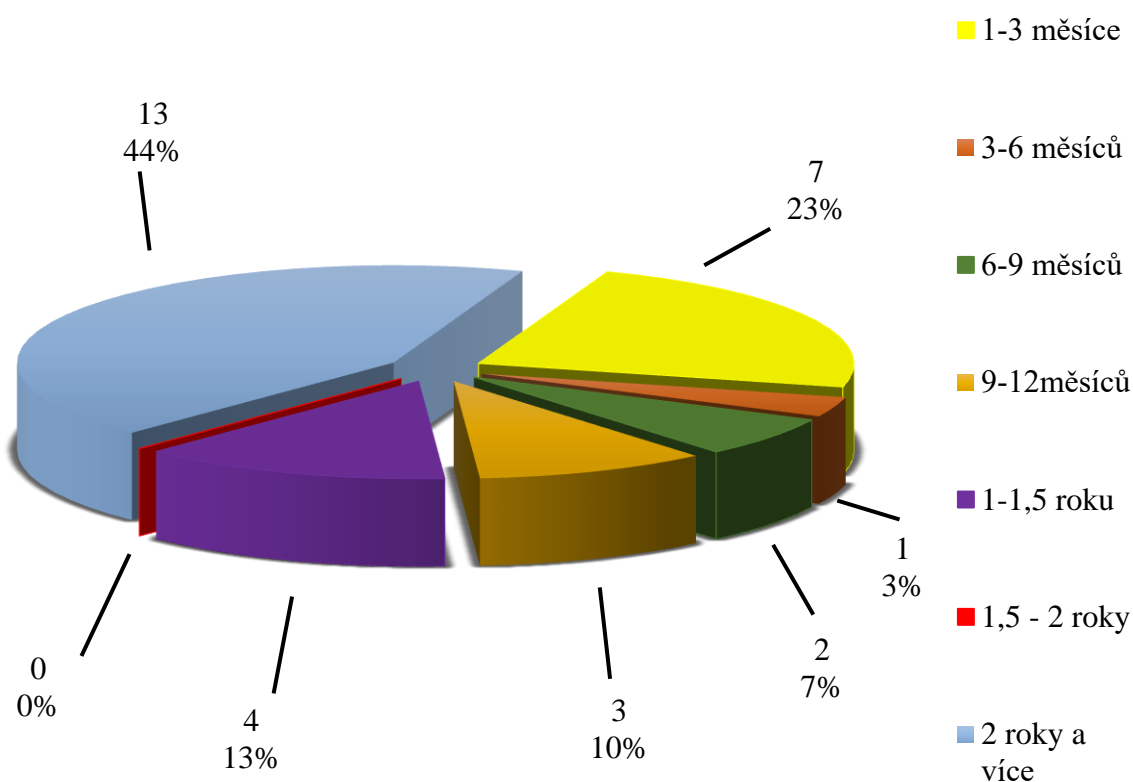
Cíl 3 Identifikovat klíčové oblasti ošetrovatelské péče v ambulanci pro hojení chronických ran.

Výzkumný problém: Jak pacienti vnímají možnost péče o ránu v ambulantní péči?

Otázky č. 4, 7, 9

Otázka č. 4 Jak dlouho se léčíte s chronickou ránou?

Graf č. 7 Doba léčby chronického defektu

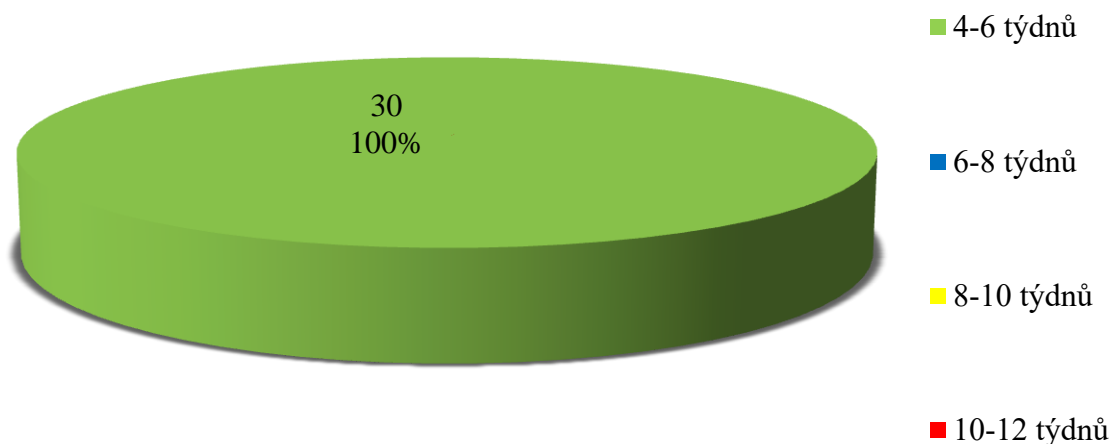


Zdroj: vlastní

Z grafu č. 7 vyplývá, že z celkového počtu třiceti dotazovaných respondentů se s chronickou ránou léčí třináct pacientů již dva a více let (44 %). Druhým největším počtem je sedm dotazovaných, kteří se léčí 1- 3 měsíce (23%). Celkem čtyři pacienti se s chronickým defektem léčí 1 – 1,5 roku (13%). V rozmezí 9 – 12 měsíců se zatím léčí tři dotazovaní respondenti (10%). Od šesti do devíti měsíců se léčí dva klienti (7%). Pouze jeden pacient se léčí s chronickým defektem od tří do šesti měsíců (3%). Během období, kdy byly pacientům v ambulanci rozdávány dotazníky, nebyl žádný pacient léčen 1,5 – 2 roky (0%).

Otázka č. 7 **Jak často navštěvujete Poradnu pro léčbu chronických ran a defektů?**

Graf č. 8 *Návštěvnost poradny chronických defektů*

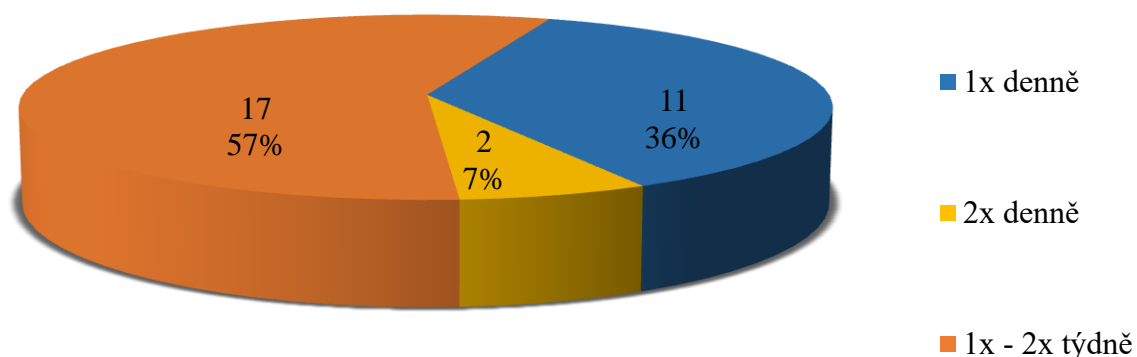


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 ukazuje, že všech třicet dotazovaných pacientů, tzn. 100 % respondentů, dochází na pravidelné kontroly do ambulance chronických ran každých 4 – 6 týdnů.

Otázka č. 9 **Jak často musíte chronickou ránu převazovat?**

Graf č. 9 Četnost převazování defektu



Zdroj: vlastní

Z grafu č. 9 je patrné, že chronickou ránu nejčastěji převazují pacienti 1x – 2x týdně. Celkem se jedná o sedmnáct respondentů, tedy 57%. Jedenkrát denně převazuje defekt jedenáct respondentů, tzn. 36%. Poslední dva pacienti (7%) musí defekt převazovat dvakrát denně.

10 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ROZHOVORŮ

10.1 Respondentka

Respondentka je osmdesátiletá žena trpící bércovým vředem na pravé dolní končetině. Pacientka v pravidelných intervalech navštěvuje ambulanci chronických ran v Domažlické nemocnici přibližně dva roky. S bércovým vředem se však léčí již déle.

10.1.1 Klíčové body z anamnézy

Než pacientka začala navštěvovat ambulanci chronických ran, byla v péči lékaře z kožní ambulance. Léčba bércového vředu v kožní ambulanci nezabírala, proto pacientka dostala doporučení na chirurgickou ambulanci. V tento moment se jednalo o semicirkulární bércový vřed, který hojně sáknul, byl infikovaný, silně zapáchající a končetina byla ohrožena amputací. Vzhledem k tomu, že pacientka netolerovala běžný převaz rány z důvodu velkých bolestí, musela být přijata na chirurgické oddělení Domažlické nemocnice. Při hospitalizaci došlo v celkové anestezii k exkochleaci spodiny rány a aplikaci metody V. A. C. Po hospitalizaci byla pacientka předána do péče ambulance chronických ran, kterou navštěvuje dodnes.

10.1.2 Zapojení rodiny

Do péče o ránu se rodina výrazně nezapojuje. Syn pacientku jen vozí a doprovází na všechny potřebné kontroly. S péčí o ránu tak respondentce pomáhá domácí péče, která k ní dojíždí v pravidelných intervalech každé 3 dny. Pacientka je se zdravotní sestrou z domácí péče domluvená, že pokud se sestra blíží k pacientce, pacientka se připraví a sundá všechny materiály z defektu a pod proudem vlažné vody si ránu cca 5 minut sprchuje. Pacientka je s prací domácí péče velmi spokojená.

10.1.3 Omezení v běžném životě

I když je již bércový vřed z velké části zhojen, působí pacientce stále velké problémy. „*Od doby, co mám ten vřed na noze, tak mě to pořád bolí. Nemůžu moc chodit. Ta noha není citlivá. Nevím, jak bych Vám to přesně popsala. Nemám ani takovou rovnováhu. Když se mám ohnout nebo jít po nerovném povrchu, tak mám strach, že upadnu. Ta noha je pořád taková citlivá a cítím tam takový tlak.*

10.1.4 Bolest

Respondentka užívá léky na bolest pravidelně. „*Vždycky podle počasí si musím vzít lék na bolest. Beru si pravidelně půl ibalginu. Pokud je změna počasí, tak si prášek vezmu ráno i večer.*“

10.1.5 Motivace

Motivaci pacientka vidí ve stálém zlepšování chronického defektu. „*Nebýt tady pana doktora a sestřiček z ambulance, tak jsem o tu nohu už dávno přišla. Když vidím, co dokázali za dva roky, co sem chodím, je to obrovská motivace, abych se o to doma starala ještě lépe. Pečlivě vždycky poslouchám pana doktora nebo i paní sestřičku, když se mi něco snaží poradit. Kdybych se doma nesnažila, určitě by to poznali a o nohu bych ještě přišla. Jsem jim strašně vděčná, že mi takhle moc pomáhají.*“

10.2 Respondent

Respondent B je šestašedesátiletý muž. Pacient se léčí s bércoovým vředem na levé dolní končetině. Do ambulance chronických ran v Domažlické nemocnici dochází přibližně čtyři roky. Jedná se o pacienta, který je sociálně slabý a žije sám na ubytovně.

10.2.1 Klíčové body z anamnézy

Před začátkem pravidelných návštěv v této ambulanci navštěvoval ještě přibližně dva roky jinou chirurgickou ambulanci a kožní ambulanci v Domažlicích. Vzhledem k chirurgické péči, která již probíhala před první návštěvou ambulance chronických defektů v Domažlické nemocnici, měl pacient zahájenou léčbu vlhkým krytím. Defekt byl v rozsahu nad zevním kotníkem cca 6x5 cm. Rána byla mírně povleklá ale bez nektróz a zarudnutí. Během léčby celého defektu už se u pacienta vystřídala celá řada materiálů na vlhké krytí. Vzhledem ke špatné sociální situaci a nedodrživí se hygieně, jde léčba defektu velmi pomalu.

10.2.2 Zapojení rodiny

U pacienta se rodina do péče vůbec nezapojuje. „*Mám syna, ale ten se mnou nebydlí. Syn ví, že mám nemocnou nohu, ale nezajímá ho to. Maximálně se zeptá, jestli se to lepší. Ale to je všechno. Bydlím úplně sám na ubytovně.*“ Dříve za pacientem dojížděla pravidelně i domácí péče. Vzhledem k jeho nespoupráci a nepříznivým podmínkám přestala sestra z domácí péče za pacientem dojíždět. Momentálně za pacientem dojíždí jednou za 14 dní. Pravidelná péče a převazy tak zůstávají na pacientovi.

10.2.3 Omezení v běžném životě

Chronický defekt pacienta nijak zvlášť v běžném životě neomezuje. „*Nemůžu chodit rychle, ale nikam nespěchám. Při chůzi mně ta noha tolik nebolí, ale když si lehnu večer do postele, tak se to nedá vydržet.*“

10.2.4 Bolest

Jediné, na co si respondent velmi stěžuje, je bolest, kterou cítí pouze v noci, když je končetina v klidu. Proto pravidelně užívá na noc lék Zaldiar, který mu pomáhá. „*Musím si brát pravidelně na noc ten prášek. Jinak se vůbec nevyspím. Když jsem byl u svého doktora, tak mi napsal jen ten lék na bolest.*“

10.2.5 Motivace

Pacient se necítí být ničím motivován během celé léčby chronického defektu. „*Někdy mi říkají, že bych neměl kouřit. To je pro mě ale hrozně těžké a taky nepředstavitelné. Nekouřím moc, možná tak 10 cigaret denně. Jediný co mě těší je, že se to trochu zlepšilo. Teď se to teda zase už dlouho nezlepšilo, ale před dvěma lety se mi zhojilo ¾ toho vředu. Tak snad se to někdy zahojí úplně.*“

10.3 Porovnání výsledků

Tab. č. 1. Porovnání výsledků rozhovorů

	Respondentka 81 let		Respondent 66 let	
	Bércový vřed PDK		Bércový vřed LDK	
	pozitivní	negativní	Pozitivní	negativní
Klíčové body v anamnéze	Sledována v kožní ambulanci a následně hospitalizována na chirurgii	Semicirkulární bércový vřed infikovaný a silně zapáchající	Několik let sledován v odborné chirurgické ambulanci	Casus socialis
Zapojení rodiny	Syn se přímo do péče nezapojuje. Pacientku vozí na všechny potřebné kontroly k lékaři	-	-	Syn se o defekt nezajímá
Omezení v běžném životě	-	Horší pohyblivost, necitlivost, tlak, nerovnováha, strach z pádu	Pacienta vřed nijak v běžném životě neomezuje. Pomalá chůze	-
Bolest	Pravidelně užívá ½ ibalginu každý den	Každé ráno, při špatném počasí je bolest i večer	Pravidelně užívá analgetika	Bolest při klidu končetiny
Motivace	Defekt se stále zmenšuje, bez léčby by následovala amputace	-	-	Necítí se být ničím motivován

Zdroj: vlastní

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že oba pacienti byli sledováni v odborných ambulancích ještě před pravidelným docházením do ambulance chronických ran. U obou pacientů můžeme vidět i negativní reakce. Respondentka měla již vyvinutý semicirkulární bérkový vřed, který byl infikovaný, silně zapáchající a hojně prosakoval. Respondent má oproti pacientce špatnou sociální situaci, z tohoto důvodu „casus socialis“. Rodina respondentky se do přímé péče o defekt nezapojuje. Syn pacientku, ale doprovází na všechny potřebné vyšetření a kontroly k lékaři. U respondenta je to opět naopak a syn pacienta se o léčbu defektu nezajímá. Na otázku ohledně omezování v běžném životě, byla negativní reakce převážně u pacientky. Respondentku defekt na končetině velmi omezuje. Pacientka udává, že je končetina necitlivá, špatně pohyblivá, neudrží dobře rovnováhu a obává se pádu. Často také pociťuje velký tlak v končetině. Respondent udává, že ho nijak významně defekt v běžném životě neomezuje. Udává pouze pomalejší chůzi, ale zároveň dodává, že nikam v životě nespěchá. Ve čtvrté otázce, která se vztahovala na bolest končetiny, se poprvé oba respondenti shodují. Respondentka užívá každé ráno ½ ibalginu. Pokud je špatné počasí a defekt pacientku bolí i večer, užije druhou půlku tablety i večer. Respondent užívá Zaldiar pouze večer. Defekt pacienta začne bolet, vždy když je končetina v klidu. Z tohoto důvodu bere respondent analgetika na předpis, aby se mohl vyspat. V poslední otázce ohledně motivace se respondenti opět rozcházejí. Pacientka je zcela motivovaná aby došlo ke zhojení defektu. Pacientka je motivovaná již celou dobu v ambulanci chronických ran, když nemusela podstoupit amputaci dolní končetiny. Naopak respondent se necítí být ničím motivován. I přes neustálou edukaci a doporučení o škodlivosti kouření pacient neustále rady ignoruje.

DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat specifika ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou ránou v ambulantní praxi. Dotazník byl složen z jedenácti otázek, které se týkaly pohlaví, věku, charakteru rány, délky léčby, bolesti, charakteristiky převazu a péče o defekt. Celkem na dotazník odpovědělo všech třicet pacientů, kteří navštěvují domažlickou ambulanci. Dotazník byl rozdán pacientům při pravidelných kontrolách v poradně chronických defektů. Většina pacientů dokázala dotazník vyplnit samostatně. Pokud pacienti nebyli schopni dotazník vyplnit sami, po skončení převazu jsem pacientům s vyplněním dotazníku pomohla. Vzhledem k malému počtu dotazovaných jsem provedla ještě dva rozhovory s pacienty z ambulance chronických ran. Oba respondenti se léčí s bércovým vředem již několik let.

V rámci prvního dílčího cíle bylo úkolem zmapovat spektrum nemocných dispezarizovaných v ambulanci péče o chronické rány. Ke zhodnocení tohoto cíle se vztahovaly první otázky osobního rozhovoru a otázky dotazníku č. 1, 2, 3, 5 a 6. První tři otázky byly zaměřené na pohlaví, věk a chronickou ránu. Z tohoto grafu tak můžeme vyčíst, že nejvíce navštěvují ambulanci ženy ve věku 71 – 80 let s bércovým vředem a muži ve věku 61 – 70 let se stejnou diagnózou. Tyto výsledky se částečně shodují s výsledky odborné práce Jandové (2015) a Štěrbové (2016). Obě autorky uvádějí, že se s chronickou léčí nejvíce pacientů po sedmdesátém roce života. Štěrbová (2016), která ve své práci také zkoumá typy chronických ran, uvádí, že se v daném zařízení nejvíce ošetřují ženy s proleženinami (34,15%) a u mužů se nejvíce vyskytuje syndrom diabetické nohy (80 %). Oproti tomu se výsledky výzkumu Jandové (2015) se shodují s výsledky této práce. Nejvíce pacientů (40%) se léčí s bércovým vředem. Má zkušenost z Domažlické nemocnice je taková, že je více ošetřených s bércovým vředem než pacientů s proleženinami. Ambulanci chronických ran navštěvuje také pacient s diabetickým defektem, který je mladší čtyřiceti let. MUDr. Radovan Čech z Jihlavské nemocnice v rozhovoru pro Braunoviny uvedl, že počet mladých lidí s defektem na dolních končetinách přibývá. Jedná se především o diabetické defekty. Upozornil i na fakt, že v současnosti přibývá pacientů s diabetem II. typu.

„V současnosti přibývá lidí s druhým typem, protože se máme jako společnost dobře. Je mezi námi čím dál tím víc obézních lidí.“ (BRAUNOVINY, 2016)

Respondentka během rozhovoru uvedla, že je jí 81 let a léčí se s bércovým vředem na PDK. Respondent se také léčí s bércovým vředem na LDK a je mu 66 let.

Během práce na ambulanci v Domažlické nemocnici jsem vyzorovala, že ambulance chronických ran nepřijímá nové pacienty z důvodu naplnění kapacity. Vzhledem k rozsáhlé problematice a velkému množství pacientů s nehojícími se defekty a pooperačními ranami jsou pacienti nuceni navštěvovat běžnou chirurgickou ambulanci. Zde však nepůsobí stále stejný lékař ani sestra. Velmi často se tedy stává, že pacient ošetřený jedním lékařem a sestrou, je při příští návštěvě ošetřen jiným personálem. Pacienti jsou často kontrolováni jinými lékaři a nikdo tak nemá stálý přehled o vývoji léčby chronické rány.

Jednou z možností, jak řešit tento problém, by bylo vedení fotodokumentace chronických defektů. Tento způsob dokumentace by usnadnil lékařům i sestřím zhodnotit vývoj léčby defektů. Fotografie poskytují lékařům přesnou představu o tom, jak rány vypadaly a v širším záznamu můžeme také vidět, kde je rána umístěna.

Druhý graf se zaměřuje na to, zda pacienti trpí bolestí. Z celkového počtu třiceti respondentů odpovědělo 67% mužů kladně. U žen pozitivně odpovědělo celkem 47% patientek. Oba respondenti se u této otázky v rozhovoru shodli a odpověděli, že trpí bolestmi. Z tohoto výsledku můžeme říci, že jsou muži citlivější a vnímají více bolest. Respondentka trpí bolestmi při pohybu a defekt jí velmi omezuje v běžném životě. Respondent uvedl, že ho trápí bolest pouze, pokud je končetina v klidu.

Graf č. 3 se týká pouze sedmnácti pacientů, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“. Celkem 47% pacientů nejčastěji odpovědělo, že analgetika užívají pouze občas. Můžeme tak říci, že většina pacientů, kteří se šetření zúčastnili, má snesitelné bolesti. Respondentka bere analgetika ráno, a pokud je špatné počasí, tak si vezme analgetika ještě večer před spaním. Respondent uvedl, že si analgetika bere každý večer před spaním.

Bolest je tvořena individuálními projevy organismu a pacienti ji tak odlišně vnímají. Pokud je pacient vystaven bolestivému podnětu více než šest týdnů, jedná se již o bolest chronickou. Při této bolesti dochází ke změně vnímání bolesti v centrální nervové soustavě a vzniká tak paměť bolesti. Díky tomu pacient nereaguje na bolestivé podněty přiměřeně, ale vnímání bolesti pacienta je často zesílené. (ŽILNÍ PORADNA, 2017)

Na kvalitu života pacienta i jeho příbuzných se intenzita vnímání bolesti přímo podílí. Bolest u pacientů snižuje schopnost spolupodílení se na léčbě a léčebném režimu. U pacientů, kteří bolest prožívají, dochází k vyplavování stresových hormonů do organismu. Tyto hormony mají za následek špatné krevní zásobení drobných cév v okrajových částech cévního oběhu. Následné špatné prokrvení okrajových částí defektů vede k nedostatečné výživě tkání, které ztrácejí schopnost hojení. Z tohoto důvodu nesmíme u pacientů s chronickým defektem bolest podceňovat a neřešit. Obzvláště důležité je to u pacientů s bércovými vředy (ŽILNÍ PORADNA, 2017).

Jestliže se jedná o bolest, která je spojená s ošetřením rány, docílit snížení bolesti můžeme hned několika způsoby. Bolest spojenou s převazem rány můžeme zmírnit podáním analgetik ještě před převazem defektu nebo výběrem jiného vlhkého krytí rány. Odborné vědecké práce na téma vnímání bolesti uvádějí, že nejvíce bolestivý materiál pro převazy chronických ran je tzv. hydrokoloidní krytí (např.: M3 Tegisorb, Hydrocoll, Askina Biofilm). Druhým materiálem, který je méně vhodný pro bolestivé převazy, je krytí s obsahem akrylátového lepidla a medu. Naopak jako nejméně bolestivé krytí se jeví materiál tvořený silikonem (např.: Mepitel, Mepitel One, Askina SilNet, N – A Ultra Dressing). U materiálu silikonového typu vzniká mnohem menší riziko rozmokvání okrajů defektu (ŽILNÍ PORADNA, 2017).

U chronických defektů je bolest často způsobena infekcí v ráně. Pokud se jedná o bolest způsobenou infekcí, vidíme v okolí rány ještě několik dalších příznaků infekce: zarudnutí okolí defektu, otok, zapáchající exsudát, zvýšenou teplotu nebo porušení funkce. V tomto případě je vhodné využití antiseptického krytí (např.: Aquacel Ag, MepilexAg). Pokud dojde k vyléčení infekce v ráně, obvykle u pacientů odeznívají bolestivé příznaky (ŽILNÍ PORADNA, 2017).

V neposlední řadě se také může jednat o bolest způsobenou primárním onemocněním, které mohlo za vznik chronické rány. V tomto případě se snažíme o snížení bolesti pomocí léků a dodržením režimových opatření, které jsou indikované lékařem. Jedná se především o kompresní terapii, dostatek pohybu a odpočinkovou nebo úlevovou polohu. Tyto opatření však nemusí mít okamžitý efekt. Dnes mají pacienti k dispozici velké množství volně prodejných analgetik (ŽILNÍ PORADNA, 2017).

Informace ohledně bolesti u pacientů se nesmějí nikdy podceňovat, protože hrozí vznik jiných zdravotních komplikací a špatné hojení defektu. Pro snížení bolesti u pacientů s defektem často stačí pouze výměna jiného typu vlhkého krytí nebo zavedení režimových opatření (ŽILNÍ PORADNA, 2017).

Vzhledem k výsledkům, které byly v prvním dílčím cíli dosaženy, se dá říci, že je cíl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat zapojení rodinných příslušníků do péče o chronické rány. Cíl je zaměřený na otázky č. 8, 10 a 11.

Graf č. 4 znázorňuje výsledky vztahující se k osmé dotazníkové otázce. Ta se zaměřuje na využití domácí péče při převazech. Celkem 77% pacientů využívá v domácí péči pomoci sestry. Jak můžeme vidět, až na 23% pacientů všichni využívají služeb domácí péče. Také Jandová (2015) ve své práci uvádí, že nejvíce pacientů (83,33%) využívá služeb domácí péče. Vzhledem k tomu, že sestry v domácí péči pracují s velkým množstvím chronických ran, mají dostatek zkušeností. Tento fakt by se dal využít k tomu, že návštěvy pacientů v poradně by se mohly posunout o několik týdnů. Tímto způsobem by vznikla možnost přijímat a kvalitně ošetřovat nové pacienty. Ze zkušeností vím, že při pravidelných kontrolách je také velmi poznat, kdo se o chronickou ránu stará. Pokud se pacient stará o chronický defekt sám nebo mu pomáhá jiný rodinný příslušník, je rána většinou více povleklá. Pokud je defekt na dolní končetině, je končetina také oteklá nebo zaškrcená z důvodu špatně provedené kompresivní terapie.

Pátý graf zpracovává desátou otázku, která zjišťuje, zda pacientům pomáhají s péčí o defekt rodinní příslušníci. Pouze 50% pacientům pomáhá rodina s péčí o defekt. Druhé stejně velké skupině nikdo z rodinných příslušníků nepomáhá.

Respondentka uvedla, že se syn do přímé péče o ránu nezapojuje, ale doprovází pacientku na všechny potřebné vyšetření. Rodina respondenta se o léčbu rány vůbec nezajímá. V několika případech jsem se setkala se situacemi, kdy rodina odmítala pomoc domácí péče z obavy, co by tomu řekli sousedé.

Graf č. 6 je zaměřený pouze na patnáct pacientů, jimž pomáhají rodinní příslušníci. Nejčastější variantou, kterou pacienti zvolili, byla odpověď – dcera. Jedná se celkem o 40% pacientů. Tato odpověď vypovídá o tom, jakou důležitou roli ženy v životě plní.

Z výsledků, které spadaly ke druhému dílčímu cíli můžeme říci, že se nám podařilo zmapovat pomoc rodinných příslušníků.

Třetí dílčí cíl se zaměřuje na identifikaci klíčové oblasti ošetrovatelské péče v ambulanci pro hojení chronických ran. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4, 7 a 9.

Sedmý graf se zaměřuje na délku léčby u pacientů, kteří navštěvují tuto ambulanci. Nejvíce se jich léčí s defektem dva roky a více. Jedná se celkem o 44%. Tento výsledek se opět shoduje s výsledky (Jandové 2015). Výsledky této bakalářské práce se naopak liší od výsledků výzkumu Štěrbové (2016), která uvádí, že nejvíce pacientů (48%) se s chronickou ránou léčí méně než čtyři měsíce a nejméně pacientů (4%) se léčí s defektem dva a více let. Překvapením a potěšujícím zjištěním pro mne bylo, že sedm pacientů (23%) navštěvuje ambulanci chronických ran pouze v rozmezí 1 – 3 měsíce. Tato informace mě potěšila z důvodu, že ambulanci nyní navštěvuje sedm nových pacientů, kteří budou mít stálého lékaře a stálou odbornou péči.

Osmý graf sleduje návštěvnost pacientů v poradně chronických ran. Odpovědi všech třiceti pacientů na tuto otázku byly stejné. Všichni respondenti navštěvují ambulanci každých 4 – 6 týdnů.

Na posledním devátém grafu je zobrazeno, jak často musejí pacienti převazovat chronické rány. Většina z nich využívá terapii vlhkého krytí, a musí tedy ránu převazovat 1x – 2x do týdne. Je to celkem 57% pacientů. Tento výsledek se shoduje s výsledky Štěrbové (2016), která ve svém výzkumu uvádí, že nejvíce pacientů (31%) převazuje ránu 1x do týdne celkem. Naopak Jandová (2015) uvádí, že 70% pacientů převazuje chronickou ránu denně. Jedenkrát denně převazuje ránu 36% pacientů, dvakrát denně 7%.

V rozhovorech s respondenty jsem se ještě zajímala, zda jsou při léčbě motivováni. Respondentka se cítí být velmi motivovaná, protože před pravidelnými návštěvami ambulance chronických ran, jí hrozila amputace končetiny. Během pravidelných návštěv ambulance se defekt z velké části zhojil a je u pacientky možnost i celého zhojení defektu. Respondent v rozhovoru uvedl, že se nijak necítí být motivovaný. Personál pacienta neustále upozorňuje, že kouření nepomáhá v léčbě defektů. Pacient ale odmítá přestat kouřit.

Hlavní cílem práce bylo zmapovat specifika ošetrovatelské péče v ambulanci chronických ran. Práce byla zaměřena na péči v jedné dané ambulanci, a to zejména z toho důvodu, aby bylo možné pro případná zjištění kritických míst navrhnout inovace. V ambulanci jsou sledováni zejména pacienti s bércovými vředy. Do péče se zapojuje zhruba 50% rodinných příslušníků. Nejčastěji jsou defekty převazovány v rozmezí 1x – 2x týdně. Součástí péče o rány je i léčba bolesti. Z rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že k motivaci pro spolupráci v léčbě rány je i podpora ze strany zdravotníků, včetně doporučení režimových opatření - adekvátní výživa, vhodné cvičení. Právě na základě zjištěného byl zpracován návrh letáku.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků dotazníkového šetření vyšlo, že pacienti, kteří navštěvují ambulanci chronických ran, se nejčastěji léčí s chronickou ránou dva a více let. Vzhledem i k výsledkům rozhovorů s respondenty jsem se rozhodla vytvořit motivačně edukační letáček pro pacienty.

Obrázek č. 2 – Edukačně – motivační leták



Zdroj: vlastní

1. VÝŽIVA

Dieta a správně vyvážená strava jsou základními předpoklady pro hojení rány. Pokud nedodržíte předepsanou dietu (diabetes nebo užívání warfarinu), můžete tím hojení rány i zpomalit. Pokud trpíte obezitou, je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Ve vašem jídelníčku nesmí chybět bílkoviny. Např. ryby, krůtí, hovězí, kuřecí maso nebo luštěniny, sacharidy a správné tuky. Pro podporu hojení jsou důležité také vitamíny a minerály: C, E, B, A, selen, zinek, mangan, železo.

2. POHYB

Práce svalů a správný průtok krve během pohybu zajišťují rychlejší hojení chronického defektu. Vzhledem k možným bolestem jsme si pro vás sepsali několik cviků, které můžete provádět v pohodlí domova (viz. poslední strana).

3. DODRŽUJTE VŠECHNA OPATŘENÍ

Pokud vám provádí převaz rány člen rodiny, používejte **jednorázové rukavice**. Rukavice při převazu zabrání šíření infekce, která by se do rány mohla dostat. Jedním párem rukavic sejměte krytí z rány, druhým párem rukavic provedte převaz. Je-li to možné, **ránu osprchujte**. Proud vody vyplaví z rány všechny zbytky materiálu, nečistoty nebo odumřelou tkáň. Ránu sprchujte proudem vlažné vody po dobu minimálně 5 minut před každým převazem. Během převazu se nebojte **ránu důkladně vyčistit**. Ránu můžete vyčistit buď gázovým čtvercem, nebo po dohodě s lékařem si na předpis můžete pořídit speciální sterilní krytí pro čištění rány.

Jestliže vám dělá převaz rány problémy, obraťte se na svého praktického lékaře a poproste ho o vypsání žádosti o **domácí péči** či sestry z **červeného kříže**. Sestry profesionálně ránu ošetří a služba je hrazená zdravotní pojišťovnou. V neposlední řadě je u ran s podkladem žilní nedostatečnosti nutné nosit **bandáže končetin**. Při správném provedení bandážování končetin se jedná o jeden z velkých úspěchů léčby chronických ran. Při správném přiložení obinadel také zmizí otoky končetin.

4. RADUJTE SE

Jednou z největších nepříjemností, se kterou se při léčbě chronických ran setkáváme, je bolest. Dále nám život také znepříjemňuje zápach nebo sekrece z rány. I přes všechny komplikace, které vám rána působí, se snažte najít každý den něco, co vám vykouzlí úsměv na rtech. Jak říká naše české přísloví – „*Veselá mysl – půl zdraví.*“

Bandáže dolních končetin krok po kroku



Obrázek č. 5 Doporučená cvičení

DOPORUČENÁ CVIČENÍ

Ukázka edukačních cviků - je vhodné provádět vsedě nebo vleže

- střídavé opírání o špičky a paty
- opření se o paty a pohybování špičkami do stran
- střídavé propínání a krčení špiček
- střídavé napínání a krčení špiček
- simulace jízdy na kole vleže
- edukace o elevaci končetin
- vhodné pro pacienty s onemocněním žilního systému
- jedná se o zdvih dolních končetin nad úroveň srdce v době klidu na 5 – 10 minut

Zdroj: vlastní

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o chronickou ránu v ambulantní péči. K tomu byly využité všechny získané materiály a informace. Čerpala jsem především z publikací zabývajících se rozdělením, ošetrovatelskou péčí a léčbou chronických ran. Nejvíce informací mi poskytly především knihy MUDr. Jana Stryji, Mgr Markéty Koutné a PhDr. Andrey Procházkové Ph.D.

Práce je rozdělena na dvě velké kapitoly, a to teoretickou a praktickou. V teoretické se věnuji počátkům a vývoji léčby chronických ran. Poté popisuji rozdělení ran, kde se věnuji definování jejich typů a klasifikaci. Pak se zaměřuji na faktory ovlivňující hojení ran, kde jsou podrobně rozděleny vnitřní a vnější faktory. V další kapitole jsem se zaměřila na wound management, který je velice důležitý pro zdravotní sestry. V předposlední kapitole řeším především rozdělení moderního způsobu léčby, tedy vlhkého hojení. Poslední kapitola je zaměřená na léčbu chronických ran. V praktické části jsem se snažila zjistit, jak probíhá léčba v praxi tak, jak ji vidím z pozice všeobecné sestry v ambulantní péči. Informace získané prostřednictvím dotazníku a dvou rozhovorů jsem analyzovala pomocí grafů a tabulky. Na základě zjištěných informací jsem vypracovala motivačně edukační materiál, který se může rozdávat pacientům v ambulancích chronických ran.

SEZNAM LITERATURY

1. AUTOR NEZNÁMÝ. *Citáty slavných osobností: Moudré* [online]. 2020 [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/16105-neznamy-autor-neni-hanbou-nic-nevedet-ale-je-hanbou-nechtit-se/>
2. BIOKNIFE: *Léčba larvami* [online]. [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <https://www.larvy.cz/postup.html>
3. BRAUNOVINY: *Chronické rány ohrožují čím dál mladší ročníky* [online]. 7.10.2016 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/chronicke-rany-ohrozujji-cim-dal-mladsi-rocniky>
4. FAISTOVÁ HANYKOVÁ, Pavlína. *Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví* [online]. Brno, 2018 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/wde3g/diplomova_prace_-_Pavlina_Faistova_Hanykova.pdf. Diplomová. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. Vedoucí práce JUDr. Zuzana Vikarská.
5. HALUZÍK, Martin. *Praktická léčba diabetu*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aesku-lap. ISBN 9788020428806.
6. HLINKOVÁ, Edita, Jana NEMCOVÁ a Edward HUĽO. *Management chronických ran*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 9788027106202.
7. JANDOVÁ, Karolína. *Cesta a život pacienta s nehojící se ránou*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pradubice. Vedoucí práce Mgr. Romana Lebedinská.
8. KOUTNÁ, Markéta a Ondřej ULRYCH. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, [2015]. ISBN 9788074921902.
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
10. MINISTERSTVO, zdravotnictví. *Zákony pro lidi: Vyhláška č. 55/2011 Sb.* [online]. 2019 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
11. PARTNER W LECZENIU RAN: *Terapia podcisnieniowa* [online]. Polsko [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://partnerwleczeniuran.pl/strona/123/terapia-podcisnieniowa/dla-lekarza>
12. PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus v kostce*. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2016]. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-478-4.

13. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
14. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3371-5.
15. POKORNÁ, Andrea. Úvod do wound managementu: příručka pro hojení chronických ran pro studenty nelékařských oborů. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-6048-7.
16. PRO LÉKÁŘE: *Význam hyperbarické oxygenoterapie v léčbě nehojících se defektů* [online]. 2007 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/pracovní-lekarstvi/2007-1-2/vyznam-hyperbaricke-oxygenoterapie-v-lecbe-nehojicich-se-defektu-1672>
17. OŠETŘOVÁNÍ RAN: *Praktický portál pro odborníky i pacienty* [online]. [cit. 2019-12-20]. Dostupné z: www.lecbarany.cz
18. SELNER ŠVESTKOVÁ, Sabina. Kompresivní terapie v praxi. *Praktické lékařství*. 2013, 9(3), 117 - 119. DOI: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2013/03/04.pdf>.
19. STRYJA, Jan, Petr KRAWCZYK, Michal HÁJEK a František JALŮVKA. *Repetitorium hojení ran 2*. Vydání 2. Semily: Geum, 2016. ISBN 978-80-87969-18-2.
20. STRYJA, Jan. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3.
21. SZEWCZYK, Maria T. a Arkadiusz JAWIENŃ. *Leczenie ran przewlekłych*. 1. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019. ISBN 978-83-200-4433-1.
22. ŠTĚRBOVÁ, Radka. *Ošetřování chronických ran*. Jihlava, 2016. Bakalářská práce. Vysoká škola Politechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Knížková.
23. ÚZIS. HOSPITALIZOVANÍ V NEMOCNICÍCH ČR 2017. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/hospit2017.pdf>
24. ÚZIS. HOSPITALIZOVANÍ V NEMOCNICÍCH ČR 2018. *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8313>

25. ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA: *Zkušenosti s hojením chronické rány podtlakovou terapií V. A. C.* [online]. 2017 [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/>

26. ŽILNÍ PORADNA: *Bolest u nehojících se ran.* [online]. 6.9.2017 [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <https://zilniporadna.cz/aktualita/bolest-u-nehojicich-se-ran-701>

27. ŽILNÍ PORADNA: *Fázové hojení ran* [online]. [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://zilniporadna.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Dotazník
- Příloha B – Souhlas v provedení dotazníkového šetření v Domažlické nemocnici

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Chronické rány v ambulanci péči

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentka 2. ročníku Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. Vaše odpovědi z tohoto dotazníku budou sloužit k vyhodnocení statistik v bakalářské práci. Tento dotazník je anonymní. Děkuji Šárka Řezáčková DiS. – studentka

1. Jste muž nebo žena?

- a) Muž b) Žena

2. Kolik je vám let?

- a) méně než 40 b) 41 – 50 c) 51 – 60 d) 61 – 70 e) 71 – 80
f) 81 – 90

3. S jakou chronickou ránou se léčíte?

a) **obtížně se hojící rána (pooperační rána)** = jedná se o infikovanou ránu, která má dlouhý proces hojení

b) **diabetický defekt** = jako diabetická noha (syndrom diabetické nohy) se označují defekty dolních končetin způsobené postižením cév a nervů. Jde o komplikaci onemocnění diabetes mellitus (cukrovky). c) **proleženina** = proleženiny neboli dekubity jsou rány způsobené působením lokálního tlaku na kůži. Vznikají v místech dlouhodobého kontaktu kůže s podložkou (např. u nemocných dlouhodobě upoutaných na lůžko).

d) **bércový vřed** = je poškození kožního krytu zasahující různě hluboko do podkožních tkání v oblasti kotníku, nejčastěji na vnitřní straně, a na dalších místech bérce (oblast mezi kolenem a kotníkem).

4. Jak dlouho se léčíte s chronickou ránou?

- a) 1 – 3 měsíce b) 3 – 6 měsíců c) 6 – 9 měsíců d) 9 – 12 měsíců
e) 1 – 1,5 roku f) 1,5 – 2 roky g) 2 roky a více

5. Užíváte léky na bolest?

- a) Ano b) Ne

6. Pokud užíváte léky na bolest, uveďte prosím JAK ČASTO?

- a) 3x denně b) 2x denně c) 1x denně d) jen občas

7. Jak často navštěvujete Poradnu pro léčbu chronických ran a defektů?

- a) 4 – 6 týdnů b) 6 – 8 týdnů c) 8 – 10 týdnů d) 10 – 12 týdnů

8. Využíváte také jiné služby pro ošetření chronické rány (např. domácí péče atd.)?

- a) Ano b) Ne

9. Jak často musíte chronickou ránu převazovat?

- a) 1x denně b) 2x denně c) 1x – 2x týdně

10. Zapojují se do péče o chronickou ránu i vaši nejbližší?

- a) Ano b) Ne

11. Pokud vám pomáhá v péči o chronickou ránu někdo z rodiny, uveďte prosím KDO?

- a) manželka b) manžel c) dcera d) syn e) někdo jiný

Příloha B – Souhlas v provedení dotazníkového šetření v Domažlické nemocnici

Domažlická nemocnice, a. s.
Kozinova 292, 344 22 Domažlice
IČO: 263 61 078; DIČ: CZ26361078

V Domažlicích 7.1.2019

Věc: Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Vážená paní Boučková,

jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor Všeobecná sestra. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Ošetřování chronických ran v ambulantní péči. Chtěla jsem Vás touto cestou požádat o umožnění čerpání odborných informací a dotazníkového šetření v Domažlické nemocnici.

Za kladné vyřízení děkuji.

S pozdravem Řezáčková Šárka DiS.

Řezáčková Šárka

SOUHLASÍM

DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, a.s.
Kozinova 292
344 22 Domažlice
HLAVNÍ SESTRA

Domažlická nemocnice, a.s.
Kozinova 292
344 22 Domažlice
T: 379 710 262
IČO: 26361078 | DIČ: CZ26361078



Mgr. Boučková J.B.

Zdroj: vlastní