

Decubitus

Proleženina (dekubitus) je lokalizovaná oblast buněčného poškození způsobená poruchou **mikrocirkulace** a z ní vyplývající hypoxie.

Torrancova klasifikace stádií dekubitů

- **1. stádium** — překrvení se zblednutím (kůže je zarudlá, ale nedochází k poruše mikrocirkulace);
- **2. stádium** — neblednoucí překrvení (kůže postiženého místa je zarudlá a mírně vystouplá, může dojít k povrchovému poškození kůže);
- **3. stádium** — zvrhodovatění kůže (ulcerace postupuje přes celou dermis až na rozhraní subkutánní fascie);
- **4. stádium** — zvrhodovatění subkutánní fascie (vřed je rozšířen do podkoží, dochází k poškození svalů, které jsou oteklé a zanícené);
- **5. stádium** — nekróza svalu (odumření svalové tkáně spojené s infekcí – nekrotická tkáň je rozbředlá, hnilobně páchne, zbytky tkáně mají žlutozelenou barvu).



Hluboká proleženina odkrývající musculus gluteus medius, 4. stádium

Místa vzniku dekubitů

Dekubity vznikají na typických místech závislých na poloze nemocného. V **poloze na zádech** může docházet k jejich tvorbě nad kostí týlní, trnem 7. krčního obratle, hřebenem lopatek, loketními klouby, kostí křížovou a kostmi patními. Při polohování pacienta **na boku** je nutné sledovat možný výskyt proleženin v oblasti kosti spánkové, ramenního kloubu, velkého trochanteru, kolenních kloubů a kotníků. Dlouhodobá **poloha na břiše** může vést ke vzniku dekubitů nad lícími kosti, uchem, hřebenem kostí kyčelních a palci.



Dekubitus ve 2. stádiu

Příčiny vzniku proleženin

Na vzniku dekubitů se podílí kombinace působení více sil. První z nich je **tlak**, svislá síla působící na kůži gravitací, přičemž pokožka a tkáň jsou stlačovány mezi kost a jiný tvrdý povrch, např. matraci, zubní protézu apod. Další působící silou je **tření**, síla působící souběžně s kůží, kdy dochází k odírání kůže, např. při tření kůže o prostěradlo, pokud posouváme ležícího. Třetí silou je **střižná síla** vznikající kombinací tlaku a tření. Ta nejčastěji působí, když pacient leží ve Fowlerově poloze.

Faktory ovlivňující vznik proleženin

Vznik a rozvoj proleženin bývá zpravidla ovlivněn spolupůsobením různých faktorů. Podílí se na něm **vlhkost**, která může být způsobena inkontinencí pacienta (moč, stolice), potem, nesprávnou hygienou, nebo drenáží. Jiným faktorem je **mobilita**, jelikož člověk za normálních okolností mění polohu, když pociťuje nepohodlí vyvolané tlakem na tělo, ale pacient postižený plegií, apatií, či třeba poruchou vědomí má sníženou schopnost odpovídat na kompresi tkání. **Poruchy centrální nervové soustavy**, jako jsou poruchy inervace predilekčních míst, mozku a míchy, vznik dekubitů také urychlují. Na vyšším riziku tvorby proleženin má svůj podíl také **věk**, jelikož ve vyšším věku je regenerační schopnost organismu omezena. Roli v rozvoji proleženin hraje rovněž **stav výživy a tělesná teplota**. Špatný stav výživy výrazně ovlivňuje vznik a vývoj dekubitů v důsledku ztráty hmotnosti, ztráty podkožního vaziva a svalové atrofie. Zvýšená tělesná teplota zase urychluje metabolismus buněk, což zvyšuje spotřebu kyslíku, a to i v místech vystavených zvýšenému tlaku. Posledním, ale neméně důležitým, faktorem je souběžný výskyt jiné nemoci, protože nemoc narušuje obranyschopnost a regeneraci organismu, zvláště se jedná o těžké dlouhotrvající choroby, maligní onemocnění, infekční onemocnění apod.

Léčba dekubitů

Program léčby

Pro léčbu dekubitů je nutné dodržet několik zásad. Musí být odstraněno působení lokálního tlaku a následně i případná nekrotická tkáň. Důležité je zahájení léčby lokální infekce, podpora dostatečné granulace, netraumatizující ošetření rány a v neposlední řadě úprava celkového stavu nemocného.

Plán prevence a léčby proleženin

Pro prevenci vzniku dekubitů je důležité vyhodnotit ohrožení nemocného použitím spolehlivého vyhodnocovacího systému, případná rizika vzniku dekubitů přehodnotit při každé podstatné změně stavu nemocného, zvolit vhodnou pomůcku nebo zařízení na prevenci dekubitů a hlavně je okamžitě začít používat. Nutné je vypracovat časový plán mobilizace či polohování nemocného a vše zaznamenat, nejrizikovější místa pravidelně podrobit kontrole, udržovat

čistou kůží, dbát na dostatečnou hydrataci a správnou výživu a minimalizovat účinky souběžných onemocnění. V případě, že má pacient problémy s nespavostí, je velice důležité je co nejdříve vyřešit. Jako každý jiný nemocný, i pacient s rizikem dekubitů, či ten, u které již k jejich vzniku došlo, má potřebu psychické podpory.

Pomůcky a zařízení používané k prevenci proleženin

K prevenci proleženin jsou využívány nejrůznější pomůcky, řadíme k nim:

- molitanové podložky (různé velikosti a tvary – kolečka);
- podložky ze syntetického roouna (např. Dekuba);
- matrace plněné vodou nebo vzduchem;
- přirozené ovčí roouno, chrániče na paty a lokty;
- polštáře (vzduchové, želatinové...);
- antidekubitor (podložka skládající se ze systému trubic, ve kterých se střídavě mění tlak pomocí kompresoru).

Ošetrovatelský proces

Pro **získávání informací** jsou používány běžné způsoby jako rozhovor, pozorování, dotazník apod.

Ošetrovatelská péče při dekubitech si klade několik cílů. Mělo by být dosaženo stavu, kdy nemocný má čistou a neporušenou kůži, nemá příznaky nadměrného působení tlaku a nepociťuje bolest (nebo jen ve snesitelné míře). Pacient by měl taktéž být schopen laicky objasnit, že ví, co to dekubitus je, jeho příčiny a prevenci a měl by akceptovat pomoc druhých.

Pečující sestry by měly nemocnému pomoci změnit polohu, podle závažnosti, každých 15 minut až 2 hodiny.

Péče o hygienu

Hygiena je během léčby dekubitů velice důležitá. Kůže musí být udržována trvale suchá a čistá, preventivně je vhodné provádět jemné masáže predilekčních míst, k mytí by neměla být používána mýdla, jelikož naruší pH kůže, je nezbytná časná výměna osobního a ložního prádla a na riziková místa by měly být přikládány studené a teplé obklady ke zlepšení prokrvení.

Instruktaž nemocného

Nemocného učíme všimnout si změn na kůži, jako je její barva nebo citlivost a měnit polohu, byť v malém rozsahu. Pokud to stav pacienta dovoluje, nabádáme ho, aby sám střídal polohy, seděl a chodil.

Lokální ošetření rány

Během ošetření proleženin dodržujeme základy asepse, čištění rány provádíme nejčastěji fyziologickým roztokem (někdy peroxidem vodíku) a porušenou kůži kryjeme sterilním obvazem. V případě infikování rány odebereme vzorek na kultivaci a citlivost, antibiotika aplikujeme po konzultaci s lékařem a dle jeho ordinace je možné provést odstranění nekrotické tkáně chirurgicky nebo použitím hydrokoloidních prostředků. Ke zmírnění zápachu používáme obvazy s aktivním uhlím, při tvorbě exsudátu používáme absorpční a nepřilnavý obvaz.

Převazy a čištění rány bývají obvykle bolestivé, pro zmírnění bolesti můžeme podat analgetika.

Odkazy

Související články

- Nekróza
- Imobilizační syndrom

Externí odkazy

- Národní portál systému hlášení nežádoucích událostí (<http://shnu.uzis.cz/index.php?pg=metodicke-materialy--dekubity>)

Použitá literatura

- MIKŠOVÁ, Z, et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2. vydání. Praha : Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.