



DRUŠTVO ZA OSKRBO RAN
SLOVENIJE - DORS



ZDRUŽENJE ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE
MEDICINE

TIMSKI PRISTOP K PREPREČEVANJU IN ZDRAVLJENJU KRONIČNIH RAN

Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami

Portorož, februar 2014

TIMSKI PRISTOP K PREPREČEVANJU IN ZDRAVLJENJU KRONIČNIH RAN

Portorož, februar 2014

Recenzija: Anita Jelen, mag. zdr. nege, ET
doc.dr. Nada Kecelj Leskovec, dr.med.

Urednica: Vanja Vilar, viš. med.s es., dip. ekon., ET
asist.prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr.med., svetnica

Lektorica: Mojca A. Juras

Oblikovanje in prelom: Luka Vilar

Izdalo: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS

Za vsebino odgovarjajo avtorji.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-001.4-036.1(082) (086.034.44)

TIMSKI pristop pri preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran
[Elektronski vir] : dvodnevno strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami,
Portorož, februar 2014 / urednici Vanja Vilar, Tanja Planinšek Ručigaj. -
Ljubljana : Društvo za oskrbo ran Slovenije - DORS, 2014

ISBN 978-961-92718-6-5
1. Vilar, Vanja
272097792

KAZALO

PREPREČEVANJE RAZJED NA DIABETIČNI NOGI	4
DOC. DR. VILMA URBANČIČ-ROVAN, DR. MED.	
VLOGA NOVEGA ČLANA TIMA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE ZA OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI	9
MATEJA TOMAŽIN ŠPORAR, VIŠ. MED. SES.	
VENSKA GOLENJA RAZJEDA – VZROKI IN ZDRAVLJENJE	14
DOC. DR. NADA KECELJ - LESKOVEC, DR. MED.	
VODENJE BOLNIKA V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA PO OPERATIVNIH POSTOPKIH NA VENAH TER OCENA DELAZMOŽNOSTI	18
ASIST. PRIM. JANA GOVC ERŽEN, DR. MED.	
ATIPičNE RANE	22
ASIST.PRIM. TANJA PLANINŠEK RUČIGAJ, DR.MED., SVETNICA	
POMEN OCENJEVANJA RANE.....	36
OTI MERTELJ, DIPL. M. S.	
OBLOGE ZA OSKRBO KRONIČNIH RAN	45
VANJA VILAR, VIŠ. MED. SES., DIPL. EKON., ET	
OSKRBA PACIENTA S KRONIČNO RANO V DOMAČEM OKOLJU	50
DRAGICA JOŠAR, DIPL. M. S., ET	
TIMSKI PRISTOP K OBRAVNAVI BOLNIKA S KRONIČNO RANO	55
IZR. PROF. DR. MARIJA PETEK ŠTER, DR. MED, SPECIALISTKA DRUŽINSKE MEDICINE MAJDA GAČNIK, DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA V PATRONAŽI	
SMERNICE PREPREČEVANJA RAZJEDE ZARADI PRITISKA	65
ANITA JELEN, MAG. ZDR. NEGE, ET	
CELOSTNI PRISTOP K BOLEČI KRONIČNI RANI.....	73
ASIST. MAG. EVA CEDILNIK GORUP, DR. MED.	
MALIGNE KOŽNE RANE-NASTANEK IN ZDRAVLJENJE	77
DR. ERIK BRECELJ, DR. MED.	
ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z MALIGNO RANO	80
DRAGICA TOMC, VIŠ. MED. SES., ET	
PREPREČEVANJE RAZJEDE ZARADI PRITISKA V DSO - PRIMER DOBRE PRAKSE	85
FRANČIŠKA PINOZA DIPL. M. S., DIPL. ORG.	

PREPREČEVANJE RAZJED NA DIABETIČNI NOGI

doc. dr. Vilma Urbančič-Rovan, dr. med.
UKC Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni,
Zaloška 7,
1000 Ljubljana
UL – MF, Katedra za interno medicino,
Zaloška 7, 1000 Ljubljana

IZVLEČEK

Gangrena in amputacija okončine sodita med najhujše zaplete sladkorne bolezni. Osnovni vzroki za nastanek razjede na diabetični nogi so nevropatija (okvara živčevja) in motnje v arterijski prekrvitvi kot posledica angiopatije. Pomembni vzroki so tudi nepravilna nega nog, nestrokovna pedikura in neprimerna obutev. Osnovni ukrep za preprečevanje nastanka razjed na diabetični nogi je aktivno odkrivanje ogroženih bolnikov. Še zlasti ogroženi so tisti bolniki, ki so nekoč že preboleli razjedo na nogi. Presejalni test za diabetično nogo je skupek preprostih diagnostičnih postopkov za zgodnje odkrivanje deformacij nog, motenj arterijske prekrvitve in okvar živčevja. Na podlagi ugotovitev ob presejalnem testu razvrstimo bolnike v štiri skupine glede na ogroženost za nastanek razjede, temu prilagodimo tudi pogostost ponovnih pregledov in načrt ukrepanja.

KLJUČNE BESEDE:

diabetična noga, razjeda, nevropatija, angiopatija, presejanje.

UVOD

Izguba okončine je eden od najhujših zapletov sladkorne bolezni. Zapleti v zvezi z nogo so najpogostejši razlog za sprejem bolnika s sladkorno boleznijo v bolnišnico. Amputacije pri bolnikih s sladkorno boleznijo predstavljajo več kot polovico vseh netravnatskih amputacij, število amputacij pri bolnikih s sladkorno boleznijo pa je po ameriških podatkih približno 15-krat tolikšno kot v enaki starostni skupini brez sladkorne bolezni. Moški so ogroženi bolj kot ženske, tveganje se povečuje s starostjo. Kar 15 odstotkov bolnikov s sladkorno boleznijo slej ko prej v življenju dobi razjedo na nogi, ki je pri kar 85 odstotkih amputacij prvi sprožilni dogodek. Hospitalizacija in rehabilitacija sta povezani z velikimi stroški, rehabilitacija pa je dolgotrajna in večkrat nepopolna; pogosto je potrebna invalidska upokojitev (1).

Diabetična noga je smrtno nevaren zaplet, čeprav se tega niti bolniki niti zdravstveni delavci pogosto ne zavedajo dovolj. 5-letno preživetje bolnikov z nevropatično razjedo je podobno kot pri bolnikih z novoodkritim rakom na debelem črevesu in bistveno slabše kot pri raku na prostati ali raku dojke. Možnost preživetja bolnikov z ishemično razjedo je še bistveno manjša. Tako lahko diabetično nogo upravičeno imenujemo kar »rak bolnikov s sladkorno boleznijo« (2).

ETIOPATOGENEZA DIABETIČNE NOGE

Osnovni vzroki za nastanek diabetične noge so okvara živčevja (diabetična nevropatija) in motnje v arterijski prekrvitvi ob diabetični angiopatiji. Nekaj prispevajo tudi drugi dejavniki

tveganja za žilne okvare (arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, kajenje). Tveganje za amputacijo povečajo še poškodbe, okužbe, neustrezna nega in nestrokovna pedikura, ki ju izvajajo bodisi slabo poučeni bolniki bodisi neprimerno usposobljeni pedikerji (3).

Ob periferni senzorični nevropatiji je zmanjšan ali odsoten občutek za bolečino, toploto in hlad ter vibracijo. Zato bolnik ni pozoren na poškodbe oz. ob poškodbah ne ukrepa ustrezno. Kljub rani na podplatu hodi in nosi pretesne čevlje. Zaradi okvarjene globoke senzibilnosti se spremeni mehanika hoje. Periferna motorična nevropatija vodi do atrofije mišic, ki jih oživčujejo prizadeti živci. Posledica je hiperekstenzija v metatarzofalangnih sklepih in čezmerna fleksija v interfalangnih sklepih – kladivasti in krempljasti prsti. Obremenitve pri stanju in hoji se zato prenesejo na druge točke na stopalu, spremeni se razporeditev pritiskov. Na mestih, ki so na novo obremenjena, se tvori precej kalusa, pod njim pa sčasoma nastane razjeda – ulkus. Neredko se zgodi, da se bolniki zaradi takšnih sprememb sploh ne vznemirjajo, tako da jih odkrijemo šele pri preventivnem pregledu.

Posledica avtonomne nevropatije, ki prizadene sudomotorično nitje, je zmanjšano ali odsotno znojenje. Koža je zato suha in nastajajo razpoke, ki so vstopna vrata za okužbo.

Periferna žilna bolezen se pri bolnikih s sladkorno boleznijo pojavi prej kot ljudeh brez sladkorne bolezni in napreduje hitreje. Ženske so prizadete skoraj enako pogosto kot moški. Najpogosteje so prizadete arterije pod kolenom (tibialne, peronealne in njihove manjše veje). Spremembe so običajno na žilah obeh nog. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo, ki so tudi kadilci, so prizadete še proksimalne žile. Celjenje razjed je pri motnjah arterijske prekrvitve počasnejše. Že najmanjša poškodba lahko privede do gangrene in amputacije.

Velik problem predstavljata neprimerna nega nog in nestrokovna pedikura. Nepoznavanje lastne bolezni in nezavedanje tveganj ob polno razvitih zapletih sladkorne bolezni pogosto botrujeta nerazumnim odločitvam. Uporaba neprimernih, nevarnih, ostrih, nesterilnih instrumentov ("kopalnična kirurgija") vodi do poškodb in okužb. Kemična sredstva za mehčanje trde kože in kurjih očes lahko povzročijo globoke in trdovratne kemične razjede, saj bolnik z nevropatijo ne občuti, kdaj je sredstvo prodrlo že preveč v globino – kljub temu se neredko zgodi, da bolnik tako sredstvo kupi v lekarni po nasvetu lekarniškega farmacevta. Odsotnost bolečine daje bolniku varljiv občutek, da se z razjedo na nogi ne dogaja nič nevarnega, zato odlaša z obiskom pri zdravniku.

V Sloveniji še nimamo poklicnega profila kiropoda, zato so bolniki prisiljeni iskati pomoč pri pedikerjih, ki žal nimajo ustrezne formalne izobrazbe in večinoma tudi nezadostnega znanja za delo z bolniki s sladkorno boleznijo. Z intenzivnim izobraževanjem medicinskih sester, paramedicinskega osebja in zdravnikov se je stanje v zadnjih petnajstih letih zelo popravilo. Dostopnost strokovne oskrbe diabetične noge je po vsej Sloveniji dokaj zadovoljiva, res pa je, da mnogi bolniki niso pripravljeni razumeti, da so tovrstne usluge plačljive, zato raje iščejo cenene, improvizirane rešitve.

Bolniki z deformiranimi nogami težko najdejo ustrezno obutev, zato so žulji pogost problem. Stanje se zadnje čase nekoliko izboljšuje, na trgu je že nekaj vrst vložkov za čevlje različnih proizvajalcev, pa tudi širši in globlji modeli čevljev, v katerih je dovolj prostora za posebne vložke.

PRESEJALNI TEST

Najpomembnejši ukrep za preprečevanje razjed na diabetični nogi je zgodnje aktivno odkrivanje ogroženih bolnikov. Zgolj pregledovanje tistih bolnikov, ki sami potožijo o težavah, ne

zadostuje, saj zaradi strahu pred amputacijo, pa tudi zaradi nepoučenosti o temeljnih dejstvih v zvezi z zapleti na stopalu, marsikateri bolnik ne poišče pomoči, dokler ni prepozno. Žal tudi zdravniki bolnikom s sladkorno boleznijo ne pregledamo nog tako pogosto, kot bi bilo treba.

Sezuvanje je osnovni diagnostični postopek, ki ga ne bi smeli izpustiti pri nobenem bolniku s sladkorno boleznijo. Anamneza, ki jo podaja bolnik s senzorično nevropatijo, in »pregled« skozi čevlje in nogavice nikakor ne omogočata ugotovitve razjede na nogi, ki je lahko že tolikšna, da ogroža okončino ali celo življenje.

Za nastanek razjede na nogi so najbolj ogroženi bolniki, ki so jo že imeli, ki imajo zaradi nevropatije oslavljen občutek za dotik in bolečino, ki ne čutijo dotika s Semmes-Weinsteinovim monofilamentom, ali pa imajo deformirane noge, suho kožo, hiperkeratoze in otekline. Prav tako so zelo ogroženi bolniki z motnjami arterijske prekrvitve, starejši, slabovidni in tisti, ki živijo v slabih socialnih razmerah.

Take bolnike prepoznamo s presejalnim testom (4, 5), ki ga je leta 1995 pripravila delovna skupina za diabetično nogo v okviru Združenja endokrinologov pri Slovenskem zdravniškem društvu. Presejalni test sestavljata usmerjena anamneza in klinični pregled, s poudarkom na oceni arterijske prekrvitve (tipanje stopalnih pulzov) in oceni zaščitne občutljivosti (dotik z 10-gramskim Semmes-Weinsteinovim monofilamentom). Na podlagi rezultatov testa razvrstimo bolnike v štiri skupine glede na stopnjo ogroženosti (Tabela 1).

Tabela 1. Razvrstitev bolnikov s sladkorno boleznijo v skupine glede na ogroženost za nastanek razjede na stopalu.

Skupina	Opis
1	ohranjena zaščitna občutljivost brez anamneze o ulkusih ali amputacijah deformacija -/+*
2	izguba zaščitne občutljivosti brez anamneze o ulkusih ali amputacijah ni deformacije
3	ohranjena zaščitna občutljivost brez anamneze o ulkusih ali amputacijah odsotnost enega ali več perifernih pulzov
4	kombinacija izgube zaščitne občutljivosti, ishemije in/ali deformacije anamneza o ulkusih ali amputacijah Charcotovo stopalo

*Deformacija sama po sebi, brez izgube zaščitne občutljivosti, ne predstavlja zvečanega tveganja za nastanek razjede.

Za ugotavljanje nevropatije so na voljo številne klinične in laboratorijske metode. Tveganje za nastanek razjede na nogah lahko dobro napovemo s preverjanjem občutka za vibracijo (z glasbenimi vilicami ali bioteziometrom) in z ugotavljanjem varovalne občutljivosti na podlagi občutljivosti za dotik s standardiziranim 10-gramskim Semmes-Weinsteinovim monofilamentom. Preprost pripomoček za ugotavljanje sudomotorične nevropatije je Neuropad®. Uporabna sta tudi

pripomočka TipTherm®, s katerim ugotavljamo občutljivost za toploto in hlad, ter Vibratip®, s katerim podobno kot z glasbenimi vilicami ugotavljamo občutek za vibracijo (6).

Povečani pritiski na stopalu so dober napovednik bodoče razjede. Že pri inspekciji nog ugotovimo na mestih povečanega pritiska obilno hiperkeratozo. Natančno merjenje pritiskov na stopalu v mirovanju in pri hoji omogočajo računalniško podprti merilni sistemi, ki pa so žal dragi in na voljo le v specializiranih ustanovah.

Orientacijske podatke o stanju arterijske prekrvitve nog nam poleg tipanja stopalnih pulzov kaže še ocena temperature in barve kože, kapilarne polnitve, kakovosti nohtov in poraščenosti kože. Če stopalni pulzi niso tipljivi, moramo opraviti še neinvazivne angiološke preiskave. To velja tudi za vse bolnike z razjedo na nogi. Osnovna neinvazivna preiskava je merjenje segmentnih perfuzijskih pritiskov z ultrazvočnim Dopplerjevim detektorjem.

OBRAVNAVA DIABETIČNE NOGE - KDO, KDAJ IN KJE?

Pri obravnavi diabetične noge je nujen timski pristop. V preventivo, diagnostiko in zdravljenje so vključeni številni strokovnjaki, ki morajo med seboj tesno sodelovati: zdravnik splošne medicine, diabetolog, posebej usposobljena medicinska sestra, internist angiolog, rentgenolog, splošni kirurg, žilni kirurg, kirurg plastik, nevrolog, specialist fizikalne medicine in rehabilitacije, izdelovalec ortopedске obutve, patronažna medicinska sestra. Jedro tima sta internist diabetolog oz. ustrezno usposobljen splošni zdravnik in dodatno usposobljena medicinska sestra; saj se prva srečata z bolnikom. Ambulanta za diabetično nogo bi morala biti nujni sestavni del vsake ambulante za bolnike s sladkorno boleznijo.

Obravnava diabetične noge obsega tri skupine ukrepov: preventiva razjed, zdravljenje razjed, rehabilitacija med zdravljenjem razjede in po njej ter po amputaciji.

Preventiva razjed obsega vzgojo bolnikov, svojcev in zdravstvenega osebja, redno nego nog ter redno pregledovanje nog bolnikov s sladkorno boleznijo v vseh ambulantah. Pri obravnavi bolnika, ki je prebolel razjedo na nogi, si moramo zastaviti tri vprašanja, kot so navedena spodaj.

- Kakšna je bila obravnava bolnika pred nastankom razjede?
- Kako preprečiti ponovitev razjede?
- Kakšno je splošno zdravstveno stanje bolnika?

Pomembno je ugotoviti, ali smo bolnika že pred nastankom razjede prepoznali kot ogroženega, ali smo mu redno pregledovali noge, ga poučili o pravilni skrbi za noge in mu svetovali glede obutve, ali smo dali navodila svojcem in patronažni službi. Podatki iz britanskih epidemioloških študij kažejo, da je bilo redno pregledovanih manj kot polovica takih bolnikov, le polovica je bila pregledana v zadnjem letu pred nastankom razjede, bolniki z velikim tveganjem pa niso bili pregledovani nič pogosteje kot ostali.

Da bi preprečili ponovitev razjede, moramo ponovno kritično oceniti bolnikove dejavnike tveganja, ki se z leti spreminjajo: periferna žilna bolezen, vid, pokretnost, sposobnost za izvajanje osnovne osebne higijene, premoženjski status (plačilo storitev, npr. pedikure, nakup obutve; razvade, kot npr. kajenje, alkohol).

Ukrepi za zmanjšanje tveganja za ponovitev razjede so dodatna vzgoja bolnika (ne v obliki predavanj, ampak je potrebno doseči bolnikovo aktivno sodelovanje), zagotovitev vsem dostopne strokovne pedikure, ustrežna obutev, po potrebi kirurško zdravljenje periferne žilne bolezni in redno pregledovanje nog.

Bolnika je potrebno obravnavati celostno, ne samo enega dela njegovega telesa (angl. Treat the whole patient not the hole in the patient). Bolniki s sladkorno boleznijo, predvsem starejši s sladkorno boleznijo tipa 2, imajo pogosto pridružene bolezni, ki povečujejo tveganje za nastanek razjede na nogi in pomembno vplivajo na izid zdravljenja. Slab vid, slabša pokretnost kot posledica možgansko-žilnih dogodkov in otekanje nog ob napredovalem srčnem popuščanju povečajo tveganje za nastanek razjede na nogi (7, 8). Še posebej pomembni sta kronična ledvična bolezen in končna ledvična odpoved na nadomestnem zdravljenju s hemodializo, saj so številne klinične raziskave potrdile, da je ta skupina bolnikov izjemno ogrožena tako za nastanek razjede na nogi kot tudi za amputacijo (9, 10, 11). Zanimariti ne gre niti psiholoških dejavnikov in bolnikovega socialnega statusa (12, 13, 14, 15). Nenazadnje je urejenost glikemije nadvse občutljivi pokazatelj dogajanja v organizmu in včasih je prav neurejena ali težko vodena raven glukoze v krvi prvi znak okužbe noge. Kadar torej pride v ambulantno sladkorni bolnik z razjedo na nogi, nikakor ne smemo pozabiti vprašati, kako je z urejenostjo krvnega sladkorja.

LITERATURA

1. International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot 2011. International Working Group on the Diabetic Foot/Consultative Section of IDF, Amsterdam, the Netherlands, on DVD (www.idf.org/bookshop).
2. Armstrong DG, Wrobel J, Robbins JM. Guest Editorial: are diabetes-related wounds and amputations worse than cancer? *Int Wound J*, 2007; 4: 286-7.
3. Urbančič-Rovan V (ur.), Koselj M (ur.), Triller C (ur.). Oskrba diabetičnega stopala: priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. 3. izd. Ljubljana: Združenje endokrinologov Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2008.
4. Connor H. Prevention of diabetic foot problems: Identification and team approach. V: Boulton AJM, Connor H, Cavanagh PR (Ur). *The Foot in Diabetes* (2nd ed.) Chichester: Wiley, 1994. 57-68.
5. Yetzer EA. Incorporating foot care education into diabetic foot screening. *Rehabil Nurs*, 2004; 29: 80-4.
6. Urbančič-Rovan V, Pražnikar A, Slak M, Hohnjec M. Preizkušanje občutljivosti za toploto in hlad kot dodatna preiskava v presejalnem testu za diabetično nogo. *Medicinski razgledi*, 2013; 52: 161-8.
7. Prompers L, Schaper N, Apelqvist J et al. Prediction of outcome in individuals with diabetic foot ulcers: focus on the differences between individuals with and without peripheral arterial disease. *The EURODIALE Study. Diabetologia*, 2008; 51: 47-55.
8. Apelqvist J, Elgzyri T, Larsson J, Löndahl M, Nyberg P, Thörne J. Factors related to outcome of neuroischemic/ischemic foot ulcer in diabetic patients. *J Vasc Surg*, 2011; 53: 1582-8.
9. Luke RG. Chronic Renal Failure – A Vasculopathic State. *NEJM*, 1998; 339: 841-3.
10. MC Grath NM, Curran BA. Recent commencement of dialysis is a risk factor for lower-extremity amputation in a high-risk diabetic population. *Diabetes Care*, 2000; 23: 432-3.
11. Hinchliffe RJ, Kirk B, Bhattacharjee D et al. The effect of haemodialysis on transcutaneous oxygen tension in patients with diabetes – a pilot study. *Nephrol Dial Transplant*, 2006; 21: 1981-3.
12. Ismail K, Winkley K, Stahl D, Chalder T, Edmonds M. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression on mortality. *Diabetes Care*, 2007; 30: 1473-9.
13. Winkley K, Sallis H, Kariyawasam D et al. Five-year follow-up of a cohort of people with their first diabetic foot ulcer: the persistent effect of depression on mortality. *Diabetologia*, 2012; 55: 303-10.
14. Vedhara K, Miles JN, Wetherell MA et al. Coping style and depression influence the healing of diabetic foot ulcers: observational and mechanistic evidence. *Diabetologia*, 2010; 53: 1590-8.
15. Williams LH, Rutter CM, Katon WJ et al. Depression and incident diabetic foot ulcers: a prospective cohort study. *Am J Med*, 2010; 123: 748-54.

VLOGA NOVEGA ČLANA TIMA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE V REFERENČNI AMBULANTI DRUŽINSKE MEDICINE ZA OBVLADOVANJE SLADKORNE BOLEZNI

Mateja Tomažin Šporar, viš. med. ses.
Univerzitetni klinični center Ljubljana,
Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni,
Oddelek za diabetološko ambulantno dejavnost,
Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana
e-pošta: mateja.tomazin.sporar@siol.net

IZVLEČEK

Članek opisuje uvedbo izredno pomembne novosti v delovanju ambulant družinske medicine, ki so leta 2011 začele poskusno delovati na poseben način v novo ustanovljenih referenčnih ambulantah. Tim družinske medicine je doživel pomembno spremembo, saj se mu je pridružila diplomirana medicinska sestra. Kot nova pridobitev prispeva s svojim znanjem k naprednejšemu skupinskemu delovanju ambulant družinske medicine. Ponovno je dobila večjo vlogo preventivna dejavnost oziroma iskanje oseb s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Za delo v družinski ambulanti je diplomirana medicinska sestra ustrezno dodatno usposobljena s specialnimi znanji.

KLJUČNE BESEDE:

sladkorna bolezen, referenčne ambulante, vloga diplomirane medicinske sestre za obvladovanje sladkorne bolezni.

UVOD

Referenčne ambulante so projekt Ministrstva za zdravje (MZ) in pomenijo pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine. Izboljšavo v delovanju dosedanjih ambulant družinske medicine prispevajo s tem, da sta se sedanjemu timu (zdravniku in tehniku zdravstvene nege) pridružili za polovični delovni čas še diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in delno administrator/ka. Naloga diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika v referenčni ambulanti je spremljanje parametrov določenih kroničnih bolezni ter preventivna aktivnost.

Dobri preventivni programi v slovenskem osnovnem zdravstvu niso novost in obstajajo že vrsto let, na primer: program primarne preventive srčno-žilnih bolezni izvajajo družinski zdravniki že od leta 2001. S pregledi so zajeli odrasle osebe (moške od 35 do 65 let in ženske od 45 do 70 let). Vse bolnike, ki so jim odkrili povečano vrednost glukoze v krvi in povišane maščobe, zvišan krvni tlak in telesno težo z ITM-jem nad 30, je družinski zdravnik napotil v zdravstveno-vzgojne centre (ZVC), kjer potekajo programi za spremembo življenjskega sloga in odpravljanje dejavnikov tveganja. S projektom referenčnih ambulant se je tudi področje odkrivanja oseb z večjim tveganjem za razvoj sladkorne bolezni postopno začelo urejati (Tomažin Šporar, 2012).

REFERENČNE AMBULANTE

Sladkorna bolezen sodi med kronične bolezni, ki zaradi svoje pogostnosti, zahtevne in kompleksne obravnave predstavlja velik javnozdravstveni problem. Kakor ostale kronične nenalezljive bolezni ne predstavlja le problem razvitega sveta, ampak se vedno bolj kaže kot odraz ekonomskih in socialnih determinant zdravja, kot sta revščina in neizobraženost. Za uspešno obvladovanje bolezni je potrebno usklajeno delovanje celotne družbe in zdravstvenega sistema. Slovenija je v letu 2010 opredelila Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni (2010-2020). Nacionalni program predstavlja podlago za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje sladkorne bolezni ter spremljanje izobraževanja na tem področju. Krovni cilji nacionalnega programa so: zmanjšati pojavnost sladkorne bolezni tipa 2, preprečiti oziroma odložiti sladkorno bolezen tipa 2 pri osebah z velikim tveganjem, povečati možnosti za zgodnje odkrivanje sladkorne bolezni, zmanjšati zaplete in umrljivosti zaradi sladkorne bolezni (MZ, 2010).

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (IVZ) Slovenije je število bolnikov s sladkorno boleznijo najlažje ugotoviti s pomočjo podatkov o številu bolnikov, ki prejemajo zdravila za zniževanje glukoze. V letu 2012 je 99.300 oseb s sladkorno boleznijo prejelo zdravila za zniževanje glukoze v krvi, od tega jih je večji del, tj. 68 % prejelo tablete, 18 % samo insulin ter 14 % tablete in insulin. Med tistimi, ki so prejeli zdravila, je 45 % mlajših od 65 let, torej znaša prevalenca v starostnem obdobju od 25-74 let 5.2 %. Izkazalo se je, da je obolevnost za sladkorno bolezen pri vseh starostnih skupinah večja pri moških kot pri ženskah v starostni skupini po 40. letu. (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013).

Za izračun ocene, koliko je sladkornih bolnikov v Sloveniji, so uporabili podatke prejemnikov zdravil za zniževanje glukoze v krvi in predpostavko, da 15 % bolnikov s sladkorno boleznijo obvladuje bolezen z zdravim življenjskim slogom (brez zdravil). Zato se ocenjuje, da je bilo v letu 2012 kar 117.000 oseb s postavljeno diagnozo sladkorne bolezni v Sloveniji. To je gotovo številka, ki zahteva ustrezno ukrepanje na državni ravni. (Inštitut za varovanje zdravja Slovenije, 2013)

V štirih letih se je v povezavi z več partnerji, ki sodelujejo v nacionalnem programu: Zvezo društev diabetikov Slovenije, Diabetološkim združenjem Slovenije, Katedro za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, Inštitutom za varovanje zdravja, Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Kliničnim oddelkom za endokrinologijo, diabetesom in presnovne bolezni Internih klinik Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljane, Kliničnim oddelkom za endokrinologijo, diabetesom in presnovnimi boleznimi Pediatrične klinike Ljubljane, Zbornice zdravstvene in babiške nege - Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, Lekarniške zbornice Slovenije, ter Ministrstvom za zdravje, izvedlo mnogo aktivnosti na področju spremljanja in ozaveščanja o sladkorni bolezni, področju strokovnega povezovanja in usposabljanja zdravstvenih delavcev za boljše obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo. Ena izmed aktivnosti je tudi razvoj referenčnih ambulant. Razvoj modela referenčnih ambulant družinske medicine pomeni nadgradnjo dela splošnih ambulant, v organizacijskem in strokovnem smislu, ki prinašajo predvsem celovitejšo obravnavo bolnikov.

Znani rezultati iz leta 2012 (rezultati preventive v 271 referenčnih ambulantom - 54.215 presejanih bolnikov do 31. 12. 2012) kažejo dejstvo, da je bila v referenčnih ambulantom pregledana četrтина slovenskega prebivalstva in odkrito 10.000 nezdravljenih kroničnih bolezni. Med kroničnimi nenalezljivimi boleznimi je največje število pripadlo sladkornim bolnikom - do konca leta 2012 je bilo odkritih 23.409 bolnikov. (Poplas Susič, 2013)

Družinska medicina je edina stroka, ki ima v medicinskem smislu dostop do celotne opredeljene populacije. Glede sladkorne bolezni tipa 2 je delovanje zdravstvenega tima referenčnih ambulant usmerjeno v celotno obvladovanje sladkorne bolezni; torej od promocije zdravja do vodenja bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2. Med svojo opredeljeno populacijo zdravstveni tim izvaja sledeče aktivnosti:

- promocijo pozitivnih elementov zdravja, ki pomeni hkrati preprečevanje sladkorne bolezni tipa 2,
- prepoznavanje oseb z dejavniki tveganja za sladkorno bolezen tipa 2 in oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2,
- v povezavi s preventivnimi zdravstveno-vzgojnimi centri strukturirano oskrbo oseb z velikim tveganjem za sladkorno bolezen tipa 2, krepitev motivacije in usposabljanje posameznika za zdrav način življenja ter pravočasno ponovno laboratorijsko diagnostiko,
- zgodnjo diagnostiko sladkorne bolezni tipa 2, še posebej med osebami z velikim tveganjem zanjo,
- takojšnje multifaktorsko zdravljenje in izvajanje presejalnih preizkusov za kronične zaplete pri bolnikih z na novo odkrito sladkorno boleznijo tipa 2 v skladu s protokolom, ki temelji na slovenskih smernicah za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah,
- pravočasno napotitev k diabetologu (pri sladkorni bolezni tipa 2 pri zdravljenih z nefarmakološkimi ukrepi ali peroralnimi sredstvi pregledi pri diabetologu niso potrebni, če so dosežene individualno določene ciljne vrednosti glikemije oz. če še niso izčrpane vse splošnemu/družinskemu zdravniku dostopne terapevtske možnosti); po presoji splošnega/družinskega zdravnika v primeru uvedbe zdravljenja z insulinom ali inkretinskega preparata (glede na omejitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) (Zaletel, Tomažin Šporar, 2013).

Obvezna pa je napotitev k diabetologu bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 1, nosečnic in bolnikov z drugimi tipi sladkorne bolezni (Zaletel, Tomažin Šporar, 2013).

VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE

Diplomirana medicinska sestra je postala del tima referenčne ambulante in prevzela naloge, ki jih opravlja v skladu s svojimi pristojnostmi. Družba večkrat izpostavi vprašanje, kdo je medicinska sestra, kje je njeno mesto v medicini, kakšno izobrazbo (in katero stopnjo) ima ter katere in kolikšne so njene poklicne pristojnosti. V Sloveniji je status diplomirane medicinske sestre jasno opredeljen. Po izobrazbi je diplomirana medicinska sestra tista, ki ima zaključen visokostrokovni študij zdravstvene nege, ki obsega najmanj 4600 ur programa, od tega 2300 ur v neposrednem kliničnem okolju. Študijski program mora v celoti upoštevati direktivo Evropske unije za regulirane poklice (EU direktiva 2005/367), bolonjsko prenavo študija in priporočila mednarodnih organov in združenj na področju izobraževanja iz zdravstvene nege (Tomažin Šporar, 2012).

Po podatkih avtorice Žitnik-Šircelj (2013) je dokazano, da medicinske sestre z več znanja porabijo več časa za pogovor in svetovanje bolnikov, kar pomeni večje zadovoljstvo bolnikov pri obravnavi in da lahko kronične bolnike lahko samostojno vodijo le tiste medicinske sestre, ki so opravile dodatna izobraževanja.

Diplomirana medicinska sestra je postala del tima družinske medicine v referenčni ambulanti in je prevzela naloge, ki jih opravlja v skladu s svojimi pristojnostmi - kompetencami, in s tem

prevzema pomembno vlogo koordinacijske oskrbe. V programu za obvladovanje sladkorne bolezni, ki je plod sodelovanja več partnerjev (Katedre za družinsko medicino, Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije - Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endokrinologiji, UKC Ljubljana - Kliničnega oddelka za diabetes ter Združenja diabetologov Slovenije), so diplomirane medicinske sestre usposobljene za izvajanje naslednjih nalog:

- izvajajo preventivne preglede, vključno s promocijo zdravja, ki je ključen element pri preprečevanju sladkorne bolezni,
- prepoznavajo osebe z visokim tveganjem za sladkorno boleznijo tipa 2 med opredeljeno populacijo, koordinirajo in delno izvajajo njihovo oskrbo,
- koordinirajo oskrbo bolnika s sladkorno boleznijo in so skrbnice letne ocene stanja bolezni,
- izvajajo kratko edukacijo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki se zdravijo z nefarmakološkimi ukrepi in zdravili za perooralno uporabo, ter usmerjajo bolnika z dodatno edukacijo,
- izvajajo presejalni test za diabetično nogo ter
- izvajajo načrtovane obiske in vodijo bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2, ki stabilno dosegajo cilje zdravljenja (cilje zdravljenja določi zdravnik).

RAZPRAVA

Sladkorna bolezen tipa 2 je kronična, napredujoče in vseživljenjska bolezen. Pri oskrbi splošne populacije zavzema vedno večjo vlogo preventivna dejavnost v smislu odkrivanja sladkorne in ostalih nenalezljivih kroničnih bolezni. Diplomirana medicinska sestra lahko z novo pridobljenimi specialnimi znanji o sladkorni bolezni pripomore pri obvladovanju bolnikov s sladkorno boleznijo. Zdravnik in diplomirana medicinska sestra v timu družinske medicinske se odločita, katerim bolnikom se bosta posvečala bolj: stabilnim kroničnim sladkornim bolnikom ali pa preventivni dejavnosti v smislu promocije zdravja kot ključnemu elementu pri preprečevanju nastanka sladkorne bolezni. Delo medicinske sestre v referenčni ambulanti je po dosedanjih izkušnjah zelo pozitivno. Vloga diplomirane medicinske sestre je gotovo dosegla svoj namen. Njena vloga je bila najbolj pozitivno prepozna prav pri bolnikih. Zadovoljni so, ker je v zdravstvenih ustanovah ali v ambulantah po novem tudi diplomirana medicinska sestra, ki ima čas in prostor za pogovor ter skrb za bolnike, ki imajo kronično napredujočo in dolgotrajno bolezen. Diplomirana sestra v času študija pridobi veliko znanja, vendar še vedno premalo za obvladovanje bolnika s sladkorno boleznijo, zato so dobrodošla dodatna izobraževanja. Za delo z bolniki s sladkorno boleznijo ali velikim tveganjem zanjo je bilo doslej usposobljenih približno 230 diplomiranih medicinskih sester iz vse Slovenije.

ZAKLJUČEK

Vsi, ki smo sodelovali v projektu nastajanja programov izobraževanja diplomiranih medicinskih sester za izvajanje dela v referenčnih ambulantah, in ga izvajamo, smo s prvimi rezultati zadovoljni. Diplomirana medicinska sestra v času študija pridobi veliko znanja in prav je, da ga tudi pokaže, saj prinaša dodano vrednost sedanjemu timu družinske medicine. S svojim delom nikogar ne prikrajša, ne zdravnika niti drugih članov tima, ampak poskuša dosedANJI tim razbremeniti. Najspodbudnejši je gotovo podatek, da se je zaupanje bolnikov do novega načina dela v referenčnih ambulantah v

nekaterih predelih Slovenije celo povečalo. Seveda ne gre vse gladko, pojavljajo se težave, ki so pri tako velikem projektu, kot so referenčne ambulante, možne in je potrebna potrpežljivost. Potrebno je biti pripravljen in sprejemljiv za začetne težave, ki jih z odgovornim in pozitivnim pristopom poskušamo tudi reševati.

LITERATURA

1. Medvešček M, Mrevlje F (2011). Slovenske smernice za klinično obravnavo sladkorne bolezni tipa 2 pri odraslih osebah. Ljubljana: Diabetološko združenje Slovenije.
2. Ministrstvo za zdravje (2010). Sladkorno bolezen obvladajmo skupaj. Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni. Strategija razvoja 2010-2020. Ljubljana, april 2010. Ministrstvo za zdravje RS: 7-8.
3. Tomažin Šporar M (2012). Vloga diplomirane medicinske sestre pri obravnavi bolnika s sladkorno boleznijo v referenčni ambulanti. V: Klavs J (ur), Tomažin-Šporar M (ur), Žargaj B (ur), Stepanovič E (ur). Naložba v preventivo se splača – Zbornik predavanj. Sekcije MS in ZT v endokrinologiji- 4. slovenski endokrinološki kongres z mednarodno udeležbo, Rimske Terme: 15-20.
4. Zaletel J, Tomažin Šporar M (2013). Sladkorna bolezen v referenčnih ambulantah družinske medicine. V: Vujičić S (ur), Poljanec Bohnec M (ur), Žargaj B (ur). Sladkorna bolezen: Priročnik za zdravstvene delavce. Slovensko osteološko združenje. Ljubljana: 368-371.
5. Poplas Sušič T.(2013).Vloga referenčnih ambulant pri zagotavljanju kakovostne oskrbe bolnikov in kakovostnega sodelovanja med nivoji. V: Govc Eržen J. Celjski dan družinske medicine: Aktualno v družinski medicini - Zbornik predavanj, Zavod za razvoj družinske medicine. 5. Majhnov dan: Celje: 9-11.
6. Truden P., Paulin S., Korošec A.(2013). Epidemiološko spremljanje sladkorne bolezni v Sloveniji. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Nacionalna konferenca ob svetovnem dnevu diabetesa, Ljubljana: 14. 11. 2013
7. Žitnik Šircelj M (2013). Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti družinske medicine - ali njena vloga izpolnjuje pričakovanja? (študija primera). V: Govc Eržen J. Celjski dan družinske medicine: Aktualno v družinski medicini- Zbornik predavanj, Zavod za razvoj družinske medicine. 5. Majhnov dan: Celje: 13.

VENSKA GOLENJA RAZJEDA – VZROKI IN ZDRAVLJENJE

doc. dr. Nada Kecelj - Leskovec, dr. med.,
Dermatovenerološka klinika,
UKC Ljubljana,
Zaloška 2, 1000 Ljubljana

IZVLEČEK

Vzroki za nastanek golenje razjede so različni, prav gotovo pa je žilni razlog najpogostejši. 80 % golenjih razjed je venskega oziroma vensko-limfnega izvora. Poleg splošnih načel lokalnega zdravljenja razjede je nujno tudi dodatno zdravljenje, ki posredno ali neposredno vpliva na vzrok nastanka razjede. Zdravljenje je pogosto interdisciplinarno (dermatolog, internist, kirurg, zdravnik specialist družinske medicine, patronažna sestra). Izobraževanje bolnikov je pomembno za zmanjševanje rizičnih faktorjev za nastanek kroničnega venskega popuščanja ter zgodnje odkrivanje ter zdravljenje zapletov.

KLJUČNE BESEDE:

venska golenja razjeda, vzroki, zdravljenje.

UVOD

Vzroki za nastanek golenje razjede so pri starostnikih različni, prav gotovo pa je žilni razlog najpogostejši. Po podatkih iz literature je na spodnjih udih odraslih okoli 80 % razjed venskega oziroma vensko-limfnega izvora. Venska golenja razjeda (VGR) se razvije pri 0,1 do 0,2 % odraslih. Razširjenost zaceljenih in prisotnih VGR je okrog 1 %. S starostjo se ta odstotek poveča na okrog 2,4 %, ko postanejo pogostejše tudi arterio-venske razjede, ki nastanejo zaradi sočasne prisotnosti kroničnega venskega popuščanja (KVP) in periferne arterijske bolezni (PAB) (1).

VGR nastane v zadnji fazi nezdravljenega kroničnega KVP. VGR je lahko posledica primarnih, sekundarnih in kongenitalnih varic. Varice nastanejo zaradi zvišanega venskega tlaka, ki se kljub delovanju golenske mišične črpalke med hojo ne zniža na normalno raven. Najpogostejši vzrok je nepravilno delovanje venskih zaklopk, kar privede do obratnega toka krvi (refluks), redkeje pa nastanejo zaradi zapore proksimalne vene (obstrukcija). Primarne varice nastanejo zaradi neopredeljenih vzrokov, sekundarne pa najpogosteje zaradi venske tromboze (VT). Kongenitalne varice nastanejo zaradi prirojenih nepravilnosti venskega sistema (2). Po podatkih iz literature nastane 20 do 38 % VGR zaradi potrombotičnega sindroma po GVT (3).

Venske razjede so plitve, lokalizirane na spodnji tretjini goleni, običajno medialno, nazobčanih robov, dno je pokrito s fibrinskimi oblogami, izloček je obilen. Okolna koža je topla, vidne so varice, lahko tudi edem, eritem in hiperpigmentacije. Simptomi KVP so težke, utrujene noge, krči in bolečine (4).

Pogostnost arterijsko-venskih razjed se po 45. letu poveča. Velikokrat so to venske razjede, ki se zaradi pojava in poslabšanja PAB spremenijo v arterijsko-venske razjede, ki so zelo boleče in lokalizirane na lateralni ali na obeh straneh goleni. Dno je blede in po kiretaži ne zakrvavi. Pogosto so eksponirane kite in kosti. Noge so lahko hladne, stopalni pulzi pa šibki ali odsotni. Tudi tople

noge s tipnimi stopalnimi pulzi ne izključujejo arterijskih dogodkov, posebno če so razjede na anteriorni ali lateralni strani goleni. Arterijsko-venske razjede se slabo celijo (1).

OPREDELITEV GOLENJE RAZJEDEV

Za potrditev diagnoze golenje razjede opravimo poleg anamneze, kliničnega pregleda po potrebi še neinvazivne in invazivne preiskave. Tako se lažje in hitreje odločamo za primerno zdravljenje.

Prekrvavitev spodnjih okončin lahko ocenimo z merjenjem sistoličnih pritiskov na arterijah spodnjih in arterijah zgornjih udov z ročnim CW Dopplerjem in računanjem GI, ki je njihovo razmerje. Preiskava je zanesljiva pri odsotnosti mediokalcinoze arterij in edema tkiva. Mediokalcinoza nastane na arterijah pri bolnikih s sladkorno boleznijo ali kronično ledvično boleznijo. Takrat je lahko GI lažno zvišan. Z merjenjem GI na palcu stopala ali merjenjem parcialnega tlaka kisika na neotečeni goleni se tej napaki izognemo (5).

Ker se pogostnost PAB z leti povečuje, se verjetnost, da se venska razjeda z leti spremeni v arterijsko-vensko razjedo, povečuje. Kontrole GI niso pomembne samo za postavitve pravilne diagnoze in za prilagoditev terapije. Ne glede na klinične simptome PAB je znižan GI znak hemodinamskih motenj arterij spodnjih udov. Le-ta je močno povezana z generalizirano aterosklerozo in pomeni povečano tveganje za akutni koronarni sindrom, ishemično možgansko kap in srčno smrt (6). Zmanjšanje GI je močan, neodvisen napovedni faktor za kardiovaskularno umrljivost pri vseh bolnikih s PAB, saj se za vsako zmanjšanje GI za 0,1 poveča možnost za kardiovaskularne dogodke, ki bi lahko povzročili smrt v naslednjih 15 letih za 30 % (6).

Kronično vensko bolezen večinoma potrdimo s pregledom in ročnim CW Dopplerjem, v nejasnih primerih pa opravimo še barvni ultrazvok (7).

ZDRAVLJENJE VENSKE GOLENJE RAZJEDE

Zdravljenje golenje razjede je optimalno, če opredelimo vzrok za njen nastanek, torej postavimo pravilno diagnozo. Poleg splošnih načel lokalnega zdravljenja razjede je nujno tudi dodatno zdravljenje, ki posredno ali neposredno vpliva na vzrok nastanka razjede. Zdravljenje bolnikov z golenjo razjedo je velikokrat interdisciplinarno (dermatolog, internist, kirurg, zdravnik specialist družinske medicine, patronažna medicinska sestra) (8, 9, 10).

LOKALNO ZDRAVLJENE

Osnovni principi zdravljenja golenje razjede so enaki kot za vse druge kronične rane (Tabela 1). Z različnimi postopki in sodobnimi oblogami za rane skušamo najprej odstraniti mrtvine in fibrinske obloge z razjede, nato skušamo vzpodbuditi rast granulacijskega tkiva in nazadnje pospešiti epitelizacijo in remodeliranje razjede (11, 12).

Tabela 1. Osnovna načela lokalnega zdravljenja razjede glede na lastnosti dna razjede.

	nekroza	fibrin	granulacije	epitelizacija	okužena rana
kirurški posegi	nekrekto- mija	delna nekrektomija			nekrektomija
negativni pritisk		VAC® VISTA®	VAC® VISTA®		
encimska fibrinoliza		Novuxol® Iruxol®, Fibrolan®			
biološka nekrekto-mija	larve	larve			larve
sodobne obloge za rane - avtoliza	hidrogeli	alginati	hidrokoloide, pene	tanki hidrokoloide, tanke pene, filmi	hidrogeli, alginati
sodobne obloge za rane z dodatki					srebro, med, jod, poliheksenmetil bigvanid - PHMB

SISTEMSKO ZDRAVLJENJE

Bolnikom svetujemo boljše zdravljenje spremljevalnih bolezni (sladkorna bolezen, zvišan arterijski pritisk in povečane maščobe v krvi) (13). Vsem bolnikom s PAB svetujemo antiagregacijsko zdravljenje (aspirin ali klopidogrel) (10). Posamezno zdravljenje z antiagregacijskimi zdravili (acetilsalicilna kislina), statini in antihipertenzivi, kjer svetujejo predvsem inhibitorje encima angiotenzin konvertaze (ramipril ali perindopril), zmanjša tveganje za kariovaskularno umrljivost za 20 % (6,14). Svetujemo tudi flavonoide (rutozidi, diosmin in hesperidin) za zmanjšanje vnetja na venski steni ob kroničnem venskem popuščanju (5).

Sistemska antibiotično zdravljenje svetujemo pri inficirani razjedi, oziroma kadar pride do bakterijske infekcije kože (šen), podkožja (celulitis) ali celo kosti (osteomielitis). Vedno zdravimo dokazano okužbo s β -hemolitičnim Streptokom s sistemskim antibiotikom, tudi če niso prisotni vsi znaki okužbe (8). Ob hudih bolečinah predpišemo analgetično zdravljenje.

KOMPRESIJSKO ZDRAVLJENJE

Pri venski razjedi svetujemo kompresijske povoje ali kompresijske dokolenke, ki dosežejo v predelu gležnjev visoko kompresijo (med 30 in 40 mm Hg). Ob tem naj bolnik čim več hodi ali telovadi z nogami. Pri arterijsko-venskih razjedah z začetno ishemijo (GI med 0,5 in 0,8) svetujemo poleg hoje kompresijsko zdravljenje z nižjimi pritiski (okrog 20 mm Hg) v predelu gležnja. Pri kritični ishemiji kompresijo zdravljenje odsvetujemo. Nižje pritiske lahko v mirovanju dosežemo s kratkoelastičnimi kompresijskimi povoji ali dolgoelastičnimi povoji, ki jih raztegnemo do 50 % (15).

Kirurško, v zadnjem času pa vse več endovensko, zdravljenje varic svetujemo, ko je VGR pokrita z granulacijskim tkivom, če splošno zdravstveno stanje bolnika to dopušča oziroma ni drugih kontraindikacij. Večina bolnikov z zaceljeno VGR je starejših, z drugimi pridruženimi boleznimi, zato običajno svetujemo doživljenjsko kompresijo bodisi z medicinskimi kompresijskimi nogavicami ali kompresijskimi povoji. Kompresijske pripomočke je potrebno redno menjati po navodilih proizvajalca. Bolnika spodbujamo in motiviramo, da aktivno sodeluje pri zdravljenju. Razložimo mu potek bolezni in načine zdravljenja, naučimo ga nameščanja kompresijskih nogavic. Svetujemo spremembo načina življenja z zadostnim gibanjem, dvignjenimi nogami v mirovanju, izogibanjem visokim temperaturam v okolju in vsem ostalim dejavnikom, ki povzročijo porast venskega tlaka in poslabšanja KVP. Bolnika poučimo o negi kože in nohtov ter primerni telesni teži (12).

Za zdravljenje arterijsko venske razjede si v zadnjem času veliko obetamo od lokalnega zdravljenja s 100 % kisikom. Boljše celjenje je povezano z večjo ekspresijo vaskularnega endotelnega rastnega faktorja (VEGF) na robu razjede in zato večjo angiogenezo (167).

LITERATURA

1. Ramelet AA, Perrin M, Kern P et al. Active ulcer (C6) In: Ramelet AA, Perrin M, Kern P et al. *Phlebology*. Elsevier Masson 2008; 130-142.
2. Nicolaides AN, Bergan JJ, Eklof B, Kistner RL et al. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs: A Consensus statement. *Phlebology* 1995; 10; 42-5.
3. Levy E, Levy P. Clinical and sociodemographic profile of venous ulcer patients in France. *Medicographia* 2000; 22: 153-6.
4. Belcaro G, Nicolaides AN, Veller M. *Venous disorders*. London: W.B. Saunders; 1995. p. 1–51.
5. Ouriel K. Peripheral arterial disease. *Lancet* 2001; 358: 1257-64.
6. Mlačak B, Blinc A, Pohar M et al. Peripheral Arterial Disease and Ankle-Brachial Pressure Index as Predictors of Mortality in Residents of Metlika County, Slovenia. *Croat Med J*. 2006; 47: 327-34.
7. Nicolaides AN. Investigation of chronic venous insufficiency: a consensus statement. *Circulation*. 2000; 102: 2.
8. Sumpio BE. Foot ulcers. *Primary Care* 2000; 343(11): 787-793.
9. Grey JE, Harding KG, Enoch S. Venous and arterial leg ulcers. *BMJ*. 2006 Feb 11; 332 (7537): 347-50.
10. Blinc A, Poredoš P. Pharmacological prevention of atherothrombotic events in patients with peripheral arterial disease. *Eur J Clin Invest*. 2007; 37: 157–164.
11. Eming SA, Smola H, Krieg T. Treatment of chronic wounds: state of the art and future concepts. *Cells Tissues Organs*. 2002; 172 (2): 105-17.
12. Kecelj-Leskovec N, Ručigaj Planinšek T. Smernice za kompresijsko zdravljenje. *Flebološka šola – II modul*. Ljubljana 2010; 1- 20.
13. Joseph E Grey, Stuart Enoch, Keith G Harding. ABC of wound healing. Venous and arterial leg ulcers. *BMJ*. 2006 Febr; 332: 347 – 350.
14. Blinc A, Kozak M, Šabovič M et al. Preprečevanje ishemičnih dogodkov pri bolnikih s periferno arterijsko boleznijo. V: Kozak M, Blinc A. *Pogoste bolezni žil*. Združenje za žilne bolezni Slovenskega zdravniškega društva: Ljubljana 2008: 129-144.
15. Ručigaj Planinšek T, Kecelj-Leskovec N. Smernice za zdravljenje in preventivo venske golenje razjede s sodobnimi oblogami za rane. *Flebološka šola – III modul*. Ljubljana 2010; 1- 18.
16. Tibbles PM, Edelsberg JS. Hyperbaric-oxygen therapy. *N Engl J Med* 1996; 334: 1642-1648.

VODENJE BOLNIKA V AMBULANTI DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA PO OPERATIVNIH POSTOPKIH NA VENAH TER OCENA DELAZMOŽNOSTI

asist. prim. Jana Govc Eržen, dr. med.,
Zdravstveni dom Celje, Zdravstvena postaja Vojnik,
Keršova 1, 3212 Vojnik;
jana.govc@gmail.com

IZVLEČEK

Kronično vensko popuščanje (KVP) je razširjeno obolenje, prevalenca bolezni s starostjo narašča, pogosteje se bolezen pojavlja pri ženskah. Varikozne vene nastanejo zaradi funkcijskih ali morfoloških sprememb žilne stene in zaklopk, bodisi primarno ali kot posledica venske tromboze. Varice so lahko moteče iz estetskega vidika, bolniki tožijo zaradi bolečin v nogah, otekanja in nemirnih nog. Bolnike moti obarvanost kože, koža jih srbi in peče. Če bolezni ne zdravimo, se lahko razvijejo tudi drugi zapleti KVP, kot so tromboflebitis, lipodermatoskleroza in golenja razjeda. Zdravljenje z zunanjo kompresijo je osnovna oblika zdravljenja za večino bolnikov, poleg tega pa je KVP možno zdraviti s sklerozacijo, venoaktivnimi zdravili in operativno. Bolnikom, ki jih zdravnik družinske medicine napoti na operativno zdravljenje varic, je potrebno zagotoviti ustrezno predoperativno obravnavo in vodenje po odpustu iz bolnišnice.

KLJUČNE BESEDE:

vensko popuščanje, družinska medicina.

UVOD

Varice ven predstavljajo pogost pojav, saj je ocenjena prevalenca pri odraslih med 5 % do 30 %, bolezen se 3-krat pogosteje pojavlja pri ženskah (Evans, 1999). Letna incidenca varic znaša pri ženskah 2,6 %, pri moških pa 1,9 % (Brand, 1988). V Edinburški raziskavi (Edinburgh Vein Study) so z ultrazvočno preiskavo med 1566 pregledanimi ugotovili venski refluks pri 9,4 % moških in 6,6 % žensk, pogostnost je naraščala s starostjo (21,2 % pri moških po 50. letu in 12,0 % pri ženskah po 50. letu). V The San Valentino Vascular Screening Project so med 30.000 pregledanimi klinično in z ultrazvočno metodo ugotovili 7 % prevalenco varic in 0,86 % prevalenco simptomatske bolezni ven, razlike med spoloma pa ne. Dejavniki tveganja, ki so povezani s KVP, so številni in vključujejo starost, spol, družinsko obremenjenost, debelost, nosečnost, flebitis in predhodno poškodbo nog. Na nastanek KVP vplivajo tudi okoljski in vedenjski dejavniki, ki vključujejo dolgotrajen stoječ položaj pri delu ali pretežno sedeč način dela. Varice ven ne predstavljajo le estetske težave, temveč pomembno vplivajo na kakovost življenja posameznika (Jawien, 2003).

Resnejše zaplete KVP predstavljajo golenje razjede, katerih prevalenca pri odrasli populaciji je ocenjena na približno 0,3 %, zdravljenje je dolgotrajno, saj pri več kot 50 % bolnikov traja več kot leto dni. Dolgotrajno zdravljenje vpliva tudi na izgubo delovnih dni in na prezgodnjo upokožitev (Robert, 2005).

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Na odločitev o kirurškem zdravljenju varic ven vpliva več dejavnikov, med katerimi velja omeniti bolnikovo osebno odločitev, strokovnost osebnega zdravnika in zmožnost zdravstvene blagajne. Indikacije za kirurško zdravljenje varic so prikazane v Tabeli 1.

Tabela 1. Indikacije za kirurško zdravljenje varic (Šikovec, 2005):

- videz,
- bolečine,
- težke noge,
- hitra utrujenost nog,
- povrhnji tromboflebitis,
- krvavitev iz varic,
- obarvanost (hiperpigmentacija) goleni,
- lipodermatoskleroza,
- bela atrofija («atrophie blanche»),
- venska razjeda.

Cilj kirurškega zdravljenja varic je izboljšanje hemodinamike v venah, bolniku moramo z ustrezno predoperativno pripravo zagotoviti varnost med in po operativnem posegu, operativni poseg pa mora zagotoviti tudi ustrezen estetski učinek.

Klasično kirurško zdravljenje obsega odstranitev vene safene magne od dimelj do gležnja z dodatnimi flebektomijami, segmentno odstranitev vene safene z dodatnimi flebektomijami, podvezo vene safene in dodatne sklerozacije ali flebektomije, zgolj flebektomije.

Novi kirurški tehniki na ravni vene safene magne sta metodi, od katerih je ena usmerjena v ohranitev vene safene magne za kasnejšo uporabo in druga v zmanjšano invazivnost posega (zunanja valvuloplastika z manšeto v predelu končnega dela vene safene magne, zapora vene safene magne z lasersko ali radijsko-frekvenčno energijo).

Endoskopsko subfascialno zdravljenje prebodnih ven priporočajo pri bolnikih v stadijih C2–C6 po razvrstitvi CEAP, ki imajo z ultrazvokom ugotovljeno insuficienco prebodnih ven.

Kirurško zdravljenje globokega venskega sistema, ki obsega notranjo valvuloplastiko, zunanjo valvuloplastiko in venske transpozicije ali presadke, je rezervirano za posebej izbrane bolnike in kirurge s posebnim znanjem v dobro opremljenih medicinskih centrih (Šikovec, 2005).

Pred napotitvijo bolnika na operativni poseg varic mora zdravnik družinske medicine oceniti prisotnost morebitnih absolutnih in relativnih kontraindikacij (Tabela 2).

Tabela 2. Relativne in absolutne kontraindikacije za operativni poseg na varicah (Heidrich, 2006).

Relativne kontraindikacije	Absolutne kontraindikacije
Potrombotična stanja	Potrombotična okluzivna stanja
Težka splošna obolenja	Primarni ali sekundarni limfedem
Nepomičnost	Periferna arterijska okluzivna bolezen
Druge predvidene operacije	Akutna vnetna stanja
Debelost	

Če je bolnik v postopku predoperativne priprave na poseg pripravljen v skladu s strokovnimi smernicami in če so upoštevane kontraindikacije za poseg, predstavlja kirurško zdravljenje ven poseg z majhnim tveganjem. Med resne zaplete kirurškega zdravljenja ven sodijo poškodbe femoralne in poplitealne arterije ali vene, globoka venska tromboza in pljučna embolija. Balzer je ugotovil zaplete po operaciji varic pri 25.457 operiranih v 0,27 %, pri čemer so bili najpogostejši zapleti krvavitev, okužba rane in nekroza. Po operaciji ven se lahko pojavijo bolečine, brazgotina na mestu posega, redko okvara živca, v 20 % lahko pride do ponovitve varic (Balzer, 2001).

PRIMER BOLNICE: ENDOVENSKA LASERSKA TERAPIJA

Bolnica je stara 61 let, dve leti se zdravi se zaradi povišanega krvnega tlaka, ki je z zdravili urejen. Zaradi debelosti (ITM 38 kg/m²) je obiskovala zdravstveno-vzgojno delavnico in shujšala za več kot 10 kilogramov. Leta 1990 je prebolela globoko vensko trombozo na levi nogi in bila zdravljena s sklerozacijsko terapijo. Zaradi bolečin v nogah in otekanja ter kožnih sprememb je bila napotena k žilnemu kirurgu, kjer je leta 2010 opravila endovensko lasersko zaporo zgornjega dela vene safene magne na levi okončini, leta 2011 pa enak poseg na desni spodnji okončini. Operater je poseg opravil ambulantno in bolnici vročil pisno navodilo za osebne zdravnika. V tem navodilu je bolnici priporočil zdravljenje s Fraxiparine 0,4 ml podkožno vsakih 24 ur še šest dni, bolnica je pri njem prejela prvi odmerki in recept za priporočeno zdravilo. Bolnici je predpisal tudi tri dni neprekinjenega nošenja kompresijskih nogavic s stopnjo kompresije 2, po treh dneh pa naj bolnica nosi kompresijske nogavice le preko dneva še šest tednov. Bolnica je dobila navodila, da naj večkrat dnevno hodi ali kolesari, hladi boleče mesto. Odstranitev šivov in obližev je predvidel za sedmi pooperativni dan. Odsotnost z dela je prepustil odločitvi osebnega zdravnika, ki naj bi predpisal od 3 do 14 dni bolniške odsotnosti, dolžina trajanja odsotnosti je odvisna od narave dela. Bolnici je priporočil kontrolni pregled čez pol leta, dobila je tudi telefonsko številko, na katero bi lahko poklicala v primeru težav. Bolnica je upokojenka, bolniškega staleža ni potrebovala. Pri osebni zdravnici je opravila en kontrolni pregled, ob katerem so bili odstranjeni šivi.

PRIMER BOLNICE: STRIPING VENE SAFENE MAGNE

Bolnica je stara 44 let, pred 10. leti je zaradi krčnih žil dobivala sklerozantne injekcije. V ambulanto je prišla zaradi bolečin v nogah in izraženih varic na desni spodnji okončini. Globoke venske tromboze ni prebolela. Rodila je 4-krat. Poslana je bila na ultrazvočno preiskavo ven spodnjih okončin, ki je pokazala hemodinamsko pomemben femorosafenalni refluks desno s kompletno insuficienco desne vene safene magne. Bolnica je opravila pregled v ambulanti za boleznijo ožilja, kjer so ji svetovali operativno zdravljenje, ji izstavili napotnico za pregled v preanesteziološki ambulanti in jo uvrstili na čakalno listo. Leta 2012 je opravila operativni poseg – striping vene safene magne, varicektomijo vtočnih ven in prekinitev perforantnih ven med globokim in povrhnjim sistemom. Bolnica je bila odpuščena dan po posegu in prejela navodila, da naj nogo povija od prstov do dimeljskega predela, povoj naj bo nameščen 14 dni neprekinjeno podnevi in ponoči, po tem obdobju naj namesti povoj preko dneva še 14 dni. V primeru bolečin lahko vzame analgetik. Osebni zdravnik naj odstrani šive čez 7 dni in vmes enkrat zamenja obliž. Bolnica je prejela tudi navodilo, da naj pride na kontrolo takoj, če bodo nastopile težave. Osebni zdravnik je po posegu trikrat opravil prevez ran in odstranil šive, bolnica je bila 18 dni v bolniškem staležu.

PRIMER BOLNIKA: STRIPING VENE SAFENE MAGNE

55-letni bolnik je pri osebni zdravnici opravil preventivni pregled na področju bolezni srca in žilja. Na tem pregledu je bil ugotovljen povišan krvni tlak, bolnik je imel tudi povišane vrednosti holesterola, indeks telesne mase je znašal 30 kg/m², ob pregledu so bile ugotovljene varice na spodnjih okončinah. Bolnik je prejel napatnico za ultrazvok ven spodnjih okončin, ki je pokazal insuficienco vene safene magne levo. Zaradi hudih bolečin v poteku vene safene magne levo je bil prednostno naročen na operativni poseg. V okviru predoperativne priprave je prejel zdravila za zdravljenje hipertenzije, s katerimi je dosegel ciljne vrednosti krvnega tlaka. Po stripingu vene safene magne na levi strani je bil en dan hospitaliziran, v odpustnici pa je prejel navodila, da naj se oglasi pri osebni zdravnici čez 7 dni, da mu bo odstranila šive. Bolnik se je trikrat oglasil v ambulanti osebne zdravnice, kjer so mu prevezali rano in odstranili šive.

ZAKLJUČEK

Zapleti po operaciji varic so redki. Navodila za oskrbo bolnikov po operaciji varic se razlikujejo glede na vrsto posega in glede na ustanovo, kjer je bolnik operiran. Smernice za odkrivanje in zdravljenje kroničnega venskega popuščanja so bile objavljene leta 2005 in podrobno opisujejo postopke odkrivanja in zdravljenja kroničnega venskega popuščanja, v njih pa ni zaslediti navodil o vodenju bolnikov po operativnem posegu na venah. Takšna navodila bi poenotila in strokovno podprla odločitve zdravnikov družinske medicine, ki spremljajo bolnike po odpustu iz bolnišnice in morajo biti seznanjeni z možnimi zapleti po operativnem posegu na varicah ven in z ukrepanjem v primeru pojava zapletov. Odločitev o trajanju odsotnosti z dela po operativnem posegu je odvisna od vrste operativnega posega ter od dela, ki ga bolnik opravlja.

LITERATURA:

1. Balzer K (2001) Komplikationen bei Varizenoperationen. Zentralbl Chir 126: 537–542.
2. Brand FN, Dannenberg AL, Abbott RD, Kannel WB. The epidemiology of varicose veins: the Framingham Study. Am J Prev Med. 1988; 4: 96–101.
3. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. J Epidemiol Community Health. 1999; 53: 149–153.
4. Heidrich M, Balzer K. Die konventionelle operative Therapie der Stammvenen. Gefässchirurgie. Springer Medizin Verlag 2006.
5. Jawien A. The influence of environmental factors in chronic venous insufficiency. Angiology. 2003; 54: S19–S31.
6. Robert T. Eberhardt RT, Raffetto JD. Chronic Venous Insufficiency. Circulation. 2005; 111: 2398–2409.
7. Šikovec A. Kirurško zdravljenje in skleroterapija kroničnega venskega popuščanja. 8. Krkini rehabilitacijski dnevi, Otočec 2002.
8. Šikovec A. et al. Združenje za žilne bolezni SZD: Smernice za odkrivanje in zdravljenje kroničnega venskega popuščanja. Zdrav Vestn. 2005; 74: 193–202.

ATIPIČNE RANE

asist.prim. Tanja Planinšek Ručigaj, dr.med., svetnica
Dermatovenerološka klinika
Univerzitetni klinični center Ljubljana
Zaloška cesta 2, Ljubljana
Slovenija
t.rucigaj@gmail.com

IZVLEČEK

Med kroničnimi ranami so najpogostejše »tipične« kronične rane, kot so venska golenja razjeda, razjeda ob zmanjšani arterijski prekrvavitvi ali kombinacija obeh vzrokov, rana na diabetičnem stopalu, opeklinska rana, razjeda zaradi pritiska in onkološka oziroma maligna rana. Poleg teh pa se nemalokrat srečamo z raznovrstnimi »atipičnimi« ranami, ki predstavljajo predvsem velik diagnostični, nemalokrat pa tudi terapevtski problem. Med te rane štejemo: rane pri avtoimunih boleznih, vaskulitise, rane, ki nastanejo kot posledica zunanjih vzrokov (sevanje, poškodbe, samopoškodbe in druge), rane infektivnega vzroka, rane pri metabolnih boleznih, rane, ki nastanejo zaradi uživanja zdravil, rane pri bolnikih z limfedemom in druge, še redkejše.

KLJUČNE BESEDE:

atipične rane, Pyoderma gangrenosum, bulozni pemphigoid in Pemphigus vulgaris, epidermolize, erizipel, Herpes zoster, Necrobiosis lypoidica, krioglobulinemija, vaskulitisi, epiteliomi, sarkomi, limfomi, postradiacijske rane, Erythema exudativum multiforme, varfarinska nekroza, rane pri limfedemih.

UVOD

Medtem ko tipične rane predstavljajo 95 % vseh kroničnih ran, s katerimi se srečujemo vsakodnevno, pa nam velik diagnostični problem predstavljajo predvsem atipične rane, ki jih redkeje srečamo in če nismo pozorni, jih lahko zamenjamo za katero od tipičnih ran in jih zato tudi nepravilno zdravimo. Pri vseh kroničnih ranah je pomembno, da jih etiološko zdravimo, sicer se zelo hitro slabšajo, še posebej pa se to pokaže pri atipičnih ranah.

VRSTE ATIPIČNIH RAN

Med atipične rane uvrščamo rane naslednjih etiologij:

- rane pri avtoimunih boleznih (Bulozni pemphigoid, Pemphigus vulgaris, antifosfolipidni sindrom),
- Pyoderma gangrenosum,
- epidermolize,
- rane infektivnega vzroka (erizipel in celulitis, Ecthyma, Herpes Zoster, nekrotizirajoči fasciitis),
- rane pri metabolnih boleznih (kalcifilaksija, krioglobulinemija, Necrobiosis lypoidica),
- vaskulitise in vaskulopatije (Purpura Henoch-Schönlein, levkocitoklastični vaskulitis, Wegenerjeva granulomatoza),

- rane, ki nastanejo kot posledica zunanjih vzrokov (sevanje, poškodbe, samopoškodbe in druge),
- rane, ki nastanejo zaradi uživanja zdravil (EEM, SJS, varfarinska nekroza),
- rane pri bolnikih z limfedemom,
- druge (1).

Če bi hoteli naštetiti in opisati vse vrste drugih, manj pogostejših ran, bi lahko napisali kar učbenik za dermatovenerologijo, saj se prav s temi različnimi, atipičnimi ranami najpogosteje srečujemo prav dermatovenerologi. V prispevku se bomo omejili le na najpogostejše, predvsem pa na to, kako jih ločimo od tipičnih ran.

PYODERMA GANGRENOSUM

Je neinfekcijska, ulcerativna nevtrofilna bolezen nepojasnjene etiologije. V večini primerov je povezana s kronično vnetno črevesno boleznijo. **Klinično** se največkrat pojavi sterilna pustula, iz katere praktično v nekaj dneh nastane nekoliko boleča razjeda, lahko velika za dlan. Najpogosteje se pojavi na nogah, lahko pa kjerkoli na telesu (Slika 1).

Diagnoza temelji na klinični sliki (le-ta je tipična le na začetku: privzdignjen, modrikasto črnkast rob in hiter nastanek iz pustule; ko rana preide v kronični stadij, jo predvsem na golenih težko ločimo od venske golenje razjede); ob tipično neznačilni histološki sliki jo potrdimo z izključitvijo drugih vzrokov razjede. Pri milejših oblikah zadostuje lokalno **zdravljenje** (visoko potentna steroidna mazila ali imunomodulatorji (takrolimus) na rano v začetku, v kronični fazi pa izbiramo obloge v skladu z doktrino zdravljenja s sodobnimi oblogami). Pri težjem poteku uporabljamo sistemske kortikosteroide in druga imunosupresivna zdravila, zlasti ciklosporin A, redkeje zdravila z anti-TNF-alfa delovanjem (2,3).



Slika 1: Pyoderma gangrenosum.

BULOZNI PEMPHIGOID IN PEMPHIGUS VULGARIS

Sta najpogostejša predstavnika avtoimunih buloznih obolenj, kjer protitelesa na antigene hemidezmosomov (pemphigoid) in dezmosomov (pemphigus) povzročajo razcep plasti kože na nivoju bazalne membrane in s tem nastanek subepidermalnih mehurjev pri pemphigoidu, oziroma razcep v epidermisu in nastanek intraepidermalnega mehurja pri pemphigusu.

Klinično se boleznima kaže z nastankom mehurjev, ki so pri pemphigoidu čvrstejši, napolnjeni z bistro, nekoliko rumenkasto tekočino, in kasneje počijo ter pogosto nastanejo na nespremenjeni koži. Pri pemphigusu pa so mehurji manj čvrsti in zelo hitro počijo. Napolnjeni so pogosto s krvavkasto vsebino in pogosto nastanejo na pordeli koži (Slika 2).

Diagnozo postavimo s patohistološko preiskavo, odločilna pa je neposredna imunofluorescenca, ki nam prikaže depozite imunoglobulinov in komplemента ali vzdolž epidermalne meje oziroma intraepidermalno.

Bolnike **zdravimo** lokalno, po toaleti mehurjev s steroidnimi pripravki (pogosto v kombinaciji z mrežicami), kadar pa to ne zadostuje, predvsem pri pemphigusu, pa tudi pri hujših oblikah pemphigoida, pa dodamo sistemske kortikosteroide, pogosto v kombinaciji z imunosupresivi (azatioprin in drugi), ali celo biološka zdravila (4).



Slika 2: Bulozni pemphigoid.

ERIZIPEL

Je sicer akutna okužba kože in podkožja v 75 % z β -hemolitičnimi streptokoki različnih skupin, redkeje pa z drugimi povzročitelji, kot so MRSA in drugi. **Klinično** se kaže z ostro omejenim eritemom, bolečo kožo ob povišani telesni temperaturi in mrzlici. Pri bulozni obliki je celjenje mehurjev oziroma posledično ran pogosto počasnejše, odvisno od globine prizadetosti podkožja (Slika 3).

Za postavitvev **diagnoze** je tipičen klinični potek, v krvni sliki najdemo pomik v levo in povišane vnetne parametre. Bolniki potrebujejo sistemsko antibiotično **terapijo**, lokalno apliciramo hladne obkladke, lahko poveje s cinkom v kombinaciji s kratkoelastičnimi povoji. Ob nastanku razjed pa obloge, ki so indicirane glede na dno rane (5).



Slika 3: Bulozni erizipel.

HERPES ZOSTER

Pasovec ali Herpes Zoster je posledica reaktivacije okužbe z virusom varicella zoster, kjer do primarne okužbe pride v otroštvu, v obliki noric. Nato virus ostane latentno prisoten v senzoričnih ganglijih predvsem spinalnih živcev. Reaktivacijo pa najpogosteje povzroči oslabitev celične imunosti, v starosti oziroma pri drugih stanjih z zmanjšano celično imunostjo (aids, maligne bolezni).

Bolezen se prične s pekočo bolečino v predelu prizadetega dermatoma brez vidnih sprememb na koži. **Kožne spremembe** se pojavijo do 5 dni po začetku bolečine. Herpetiformno razporejeni mehurčki, prisotni po prizadetem dermatomu, se dokaj hitro lahko spremenijo v plitke erozije (Slika 4).

V večini primerov pasovec brez težav **prepoznamo** po značilni klinični sliki. S skarifikatom po Giemsi lahko v preparatu najdemo večjedrne celice velikanke z eozinofilnimi vključki v jedrih, ki so značilne za okužbo s HSV in z VZV, ne moremo pa med njima razlikovati. Za identifikacijo se danes pri vsakdanjem delu uporabljata metodi imunoflorescence in PCR.

Lokalno na sveže spremembe nameščamo hladne, dobro ožete obkladke s fiziološko raztopino, lahko večkrat dnevno za 10–20 minut. Ob nastanku erozij v lokalni **terapiji** največkrat uporabljamo mrežice ali pa stanjšane hidrokoloide. Najnovejše protivirusno zdravilo za zdravljenje pasovca pri bolnikih z ohranjeno imunostjo je brivudin (6).



Slika 4: Herpes zoster.

KRIOGLOBULINEMIJA

Je skupina bolezni z odlaganjem precipitativ imunoglobulinov pri temperaturah nižjih od 37° C in pogosto povezanih z limfoproliferativnimi boleznimi. **Kožne spremembe** so tipične predvsem na stopalih, oziroma perimaleolarno, ko se pojavljajo eritemi, lahko tudi nekroze in sistemske tromboze arterij (Slika 5).

Diagnozo postavimo z dokazom krioglobulinov v krvi, lahko pa sta povišana tudi ANA in RF. Izključiti moramo maligno sistemsko obolenje. V **terapiji** je osnovno izogibanje izpostavljanje hladnemu. Bolnik pogosto potrebuje nesteroidna antiinflamatorna zdravila oziroma analgetike. Lokalno ob pojavu nekroz le-te raztapljamo z geli v kombinaciji s poliuretanskimi filmi (7).



Slika 5: Krioglobulinemija.

NECROBIOSIS LYPOIDICA

Je granulomatozno vnetje na golenih, najpogosteje pri bolnikih s sladkorno boleznijo. Tipične **spremembe** anteriorno na golenih so simetrični rumenkasto-rožnati, ostro omejeni plaki, ki ulcerirajo pri tretjini bolnikov (Slika 6). **Diagnostična** biopsija nam histološko kaže degenerativne spremembe v kolagenih vlaknih. **Lokalno** apliciramo steroidne pripravke ali obloge za zdravljenje ran, glede na fazo celjenja in s tem videz dna ran, ki so zelo trdovratne na terapijo (8).



Slika 6: Necrobiosis lipoidica.

LEVKOCITOKLASTIČNI VASKULITIS

Predstavlja vnetje v žilni steni kapilar in venul, ki nastane kot posledica odlaganja imunoglobulinov pri uživanju nekaterih konzervansov in zdravil (alopurinol, beta blokatorji, inzulin ...), po bakterijskih in virusnih okužbah in kroničnih vnetnih črevesnih boleznih ter pri malignih obolenjih. Simetrično **razporejeno**, pogosto ekzulcerirano, palpabilno purpuro najdemo na golenih, redkeje na stegnih oziroma spodnjem delu abdomna. Ob sistemski prizadetosti moramo izključiti spremembe v ledvicah, sklepih oziroma gastrointestinalnem traktu (hemoragije) (Slika 7).

V **biopsiranih** svežih kožnih spremembah najdemo nekrozo v stenah omenjenega žilja, eksocitozo eritrocitov in depozite imunoglobulinov oziroma komplemента pri direktni imunofluorescenci. Ob počitku, lokalni steroidni **terapiji** ter kompresijski terapiji zacelijo tudi ulceracije. Občasno pa v terapiji dodamo sistemske steroide, antihistaminike, oziroma Dapson. Nekroze odstranjujemo z različnimi, razpoložljivimi postopki nekrektomije (9).



Slika 7: Levkocitoklastični vaskulitis.

WEGENERJEVA GRANULOMATOZA

Je imunsko pogojen vaskulitis malih žil ob granulomatoznem vnetju v pljučih, lahko ledvicah. Atipične rane se **kažejo** z začetnimi nodusi, ki nekrotizirajo, imajo podminirane robove, ki so lahko v začetku privzdignjeni in zadebeljeni in klinično spominjajo na Pyoderma gangrenosum. Bolnik ima lahko hude artralgie, bolečine v trebuhu, s hujšanjem, povišano telesno temperaturo, ob simptomih s strani respiratornega trakta (Slika 8).

Diagnostično tipična je pozitivna ANCA in diagnostična biopsija z mešanimi dermalnimi infiltrati. Ob sistemski **terapiji** z visokimi dozami steroidov v kombinaciji s ciklofosamidom pričnejo tudi kožne spremembe hitro celiti. Ob prisotnih nekrozah lokalno izvajamo nekrektomijo oziroma rane v fazi proliferacije pokrivamo s penami ali hidrokolojdnimi oblogami. Izkušveno so se zelo dobro izkazale obloge z Ringerjem (10).



Slika 8: Wegenerjeva granulomatoza.

SARKOMI IN LIMFOMI

So maligni mezenhimalni (sarkomi) oziroma limfoproliferativni (limfomi) tumorji. V napredovalem stadiju so **rane** pri obeh vrstah pogosto »cvetačaste« rašče, ki ne odreagirajo oz. ne celijo ob lokalni terapiji z oblogami (Slika 9, Slika 10).

Diagnostična je patohistološka preiskava z roba razjede, ki pokaže maligno raščo. Radikalna kirurška ekscizija eksulceriranih sprememb je najučinkovitejša **terapija**. Ob tem pa bolnik potrebuje tudi sistemsko kemo- oziroma radioterapijo (11, 12).



Slika 9: Sarkom (avtorica fotografije: Katarina Šmuc Berger).



Slika 10 : Primarni kožni limfom (avtorica fotografije: Katarina Šmuc Berger).

POSTRADIACIJSKE RAZJEDE

Tako akutni kot kronični radiodermatitis nastane kot posledica ireverzibilnih poškodb DNA po naključni izpostavitvi ionizirajočim žarkom, seveda pa najpogosteje kot posledica obsevanj malignomov. **Klinične** spremembe na koži se pojavijo na in v okolici tretiranega predela (Slika 11). Preko eritema in deskvamacije pri prvi stopnji, ob buloznih in nato erozivnih spremembah v drugi stopnji, lahko pri visokih dozah ionizirajočega sevanja nastanejo nekroze, kronično pa rane na

atrofirani koži, ki je pogosto prepredena s teleangiektazijami. Na novo nastale razjede na kronično postradiacijsko spremenjeni koži so največkrat znak lokalnega pojava epiteliomov, ki jih moramo z **diagnostično** biopsijo izključiti. **Terapevtsko** je nemalokrat potrebna kirurška rekonstrukcija teh atipičnih ran, saj je lokalna terapija z oblogami pogosto neučinkovita (13).



Slika 11: Razjeda po radioterapiji melanoma.

RANE PRI LIMFEDEMIH

V tretjem stadiju limfedema pogosto ob limforeji srečujemo tudi razjede, kjer zaradi pribitka tekočine le-ta izteka skozi kožo ter nastajajo rane. Najpogosteje rane **nastanejo** na spodnjih okončinah, lahko pa seveda na kateremkoli edematoznem delu telesa (Slika 12).

Običajno jih **ne biopsiramo**, saj bi s tem povzročili dodatno travmo in samo še dodatno večanje razjed. Ob ustrezni **evakuaciji edema** (s kompresijo s kratkoelastičnimi povoji) lahko rane zacelijo tudi že v tednu dni (14).



Slika 12: Rane pri limfedemu stadija III.

ARTEFAKTI

So defekti kože, ki si jih bolniki zaradi različnih vzrokov povzročijo sami. **Klinično** so to rane bizarnih, netipičnih oblik na različnih delih telesa, redko oziroma v manjši meri pa na mestih, ki jih bolniki težko dosežejo. Rane so v različnih stadijih celjenja, odvisno od časa nastanka samopoškodb (Slika 13).

Diagnostična biopsija pokaže na možnost artefaktov. V **terapiji** je lokalno najučinkovitejše pokrivanje razjed s sodobnimi oblogami za zdravljenje ran glede na stadij dna rane, predvsem zaradi nezmožnosti pacientove dodatne manipulacije tega področja. Nikakor pa ne smemo pozabiti na psihološko oziroma psihiatrično podporo bolniku (15).



Slika 13: Artefakti.

ERYTHEMA EXUDATIVUM MULTIFORME (EEM), STEVEN.JOHNSONOV SYNDROM (SJS) IN TOKSIČNA EPIDERMALNA NEKROLIZA (TEN)

So bolezni, ki nastanejo kot posledica alergijskih reakcij na zdravila, pri EEM pa lahko tudi na infektivne agense. Pri hujši **obliki** EEM (major obliki) so prisotne erozije ustne sluznice in znotraj tipično kokardnih sprememb na okončinah bulozne spremembe (Slika 14). Ob prodromalnih znakih se lahko klinična slika pri SJS (Slika 15) v smislu erozij in hemoragičnih krust, ki lahko spominjajo na opekline, dramatično hitro pojavlja. Poleg sprememb na koži se pojavljajo tudi erozije na sluznicah. Kadar je prizadete več kot 30 % površine telesa, imenujemo spremembe TEN, ki je skoraj v polovici primerov smrtna (Slika 16).

Diagnostična je biopsija in patohistološka preiskava v vseh primerih, vendar pa že tipične klinične spremembe s hitrim razvojem bolezni kažejo na diagnozo. V **terapiji** moramo ukrepati zelo hitro. Ukinemo osumljeno zdravilo oziroma zdravimo morebitno okužbo. Bolnikom predpišemo antihistaminike, sistemske steroide v visokih dozah, pri SJS in TEN pa tudi imunoglobuline. Predvsem pri zadnji omenjeni obliki je potrebno z bolnikom postopati kot pri opeklinških ranah s prizadetostjo enake površine in kot taki bolniki sodijo v enote intenzivne terapije. Lokalno aplicirani so steroidni pripravki dopolnilna terapija. Erozijske pike pokrivamo z mrežicami ali stanjšanimi hidrokoloidei, ob prizadetih večjih površinah kože pa se za preprečitev dodatnih okužb svetuje

hidrofibre s srebrom ali obloge s poliheksabigvanidi oziroma mrežice z medom, ki delujejo kot antiseptiki (16,17).



Slika 14: EEM.



Slika 15: SJS.



Slika 16: TEN.

VARFARINSKA NEKROZA

Je ishemijska nekroza kot posledica antikoagulantne terapije z varfarinom, kjer paradoksalno nastajajo trombi in poškodbe endotelija žilja z ekstravazacijo eritrocitov. Eritemi, bulozne spremembe globoke razjede in mestoma nekroze nastanejo hitro po pričetku uživanja antikoagulantne terapije, najpogosteje pri močnejših ženskah v srednji starostni dobi.

Kožne spremembe se pojavljajo na spodnjih ekstremitetah in na trupu (Slika 17). Poleg tipične anamneze bolniku določimo vrednosti INR in PČ ter opravimo **probatorno ekscizijo** s histološko preiskavo. Takojšnja ukinitiv varfarina, terapija z vitaminom K, po potrebi nadomeščanje sveže zmrznjene plazme ter heparin predstavljajo sistemsko **terapijo**. Lokalno nameščamo ustrezne obloge, nemalokrat pa je potrebna kirurška intervencija v smislu debridmenta, kožnih presadkov ali celo amputacije (18).



Slika 17: Varfarinska nekroza (avtorica fotografije: Katarina Šmuc Berger).

EPIDERMOLIZE

So genodermatoze, dedne bolezni, kjer pride pod vplivom že najmanjše travme do deskvamacije kože zaradi prirojenega pomanjkanja določenih beljakovin v koži, zaradi česar je le-ta poleg sluznic vulnerabilnejša. Tri osnovne oblike se **klinično** razlikujejo po pričetku pojavljanja bolezni (dojenčki, mlajši otroci), obsežnosti in globini sprememb - erozij oziroma ulceracij, ki se tipično pojavljajo na mestih travme (Slika 18).

Diagnostično je potrebna izčrpna anamneza (poleg osebne še družinska). Sicer pa nam histološka preiskava in EM kože pokaže na tip epidermolize. Seveda so na razpolago že prenatalne diagnostične metode in genske preiskave.

V lokalni **terapiji** se uporabljajo obloge, ki ne povzročajo dodatno travme kože in sluznic (silikonske). Antiseptične kopeli zmanjšujejo možnost nastanka okužb. Skrb za pravilno (mehko) in uravnoteženo prehrano in ustno higieno ter redno defekacijo so sestavni del terapijskih postopkov, da ne povzročamo ran še v prebavni cevi. Prav tako je sestavni del zdravljenja preprečevanje zraščanja prstov in kontraktur v sklepkih. Ne smemo pa pozabiti na psihoterapijsko podporo ne samo bolniku, temveč celotni družini (19).



Slika 18: Epidermoliza.

ZAKLJUČEK

Atipične rane predstavljajo le 5 % kroničnih ran. Ker so redke, mnogokrat ostajajo neprepoznane in kot take tudi nepravilno zdravljene, kar je lahko v posameznih primerih celo usodno za bolnika.

Ko rane kljub ustrezni lokalni terapiji ne kažejo napredka v celjenju v treh do šestih tednih ali se celo slabšajo, se je potrebno ponovno zamisliti nad že postavljeno diagnozo in eventualno opraviti dodatne preiskave ter bolnika ustrezno etiološko zdraviti.

LITERATURA:

1. Šitum M, Huljev D, Kolić M. Podjela kroničnih rana i algoritam diferencialno diagnostičkih postupaka. In: Šitum M, Huljev D (eds). Atipične rane. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 21-6, 38.
2. Tlaker Žunter V., Planinšek Ručigaj T. Pioderma gangrenozum - niso vse razjede goleni venske etiologije = Pyoderma gangrenosum - all ulcers cruris are not of venous etiology. V: Luzar B, Jurčić V, Pižem J, Calonje E (eds).

- XL. memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika z mednarodnim simpozijem, 3. - 4. december 2009, Ljubljana. *Novosti v dermatopatologiji*. V Ljubljani: Inštitut za patologijo, Medicinska fakulteta, 2009, str. 265-273.
3. Čermelj N, Miklič M, Planinšek Ručigaj T. Oskrba bolnice z razjedo - Pyoderma gangrenosum. V: Vilar V (ur.). *Podporne dejavnosti pri zdravljenju kroničnih ran*. Bled, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2009, str. 57-59.
 4. Kansky A, Vizjak A. Avtoimunske bulozne kožne bolezni. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 168-74.
 5. Huljev D. Erizipel i celulitis. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 73-7.
 6. Planinšek Ručigaj T. Tlaker Žunter V. Herpes zoster – pasovec = Herpes zoster – shingles. *Acta dermatovenerolog. Alp. Panon. Adriat.*, 2010, letn. 19, suppl. 1, str. 79-82.
 7. Huljev D. Cryoglobulinaemia. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 148-50.
 8. Kansky A, Miljković J. Granulomske kožne bolezni. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 369-70.
 9. Šitum M. Vaskulitis leukocytoclastika. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 107-11.
 10. Žgavec B. Vaskulitisi. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 331.
 11. Huljev D. Sarkomi. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 202-3.
 12. Huljev D. Limfomi. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 207-12.
 13. Huljev D. Rane nakon zračenja. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 215-7.
 14. Planinšek Ručigaj T., Slana A., Kecelj Leskovec N. Suvremeno liječenje rana kod bolesnika s elefantijazom-trećim stadijem limfedema. *Acta Med Croatica*. Zagreb, 66 (1); 2012: 37-9.
 15. Bartenjev I. Dermatitis artefacta. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 200.
 16. Kansky A, Miljković J. Erythema exsudativum multiforme. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 155.
 17. Šitum M, Kolić M. Stevens-Johnsonov sindrom i toksična epidermalna nekroliza. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 242-4.
 18. Šitum M, Kolić M. Stevens-Johnsonov sindrom i toksična epidermalna nekroliza. In: Šitum M, Huljev D (eds). *Atipične rane*. Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Zagreb 2013: 244-6.
 19. Kansky A. Genodermatoze. V: Kansky A, Miljković J (eds.). *Kožne in spolne bolezni. Združenje slovenskih dermatovenerologov*. Ljubljana 2009: 237-9.

POMEN OCENJEVANJA RANE

Oti Mertelj, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice
oti.mertelj@sb-je.si

IZVLEČEK

Pravilna ocena rane je osnova za načrtovanje ciljev in intervencij pri pacientih, ki imajo rano. Proces ocene rane ne zajema samo lokalne ocene rane, ampak zajema pacienta v celoti, njegovo fizično in psihično stanje. Pri ocenjevanju je potrebno upoštevati individualni in celostni pristop do pacienta. Ob vsem tem je pomembno, da so prepoznani dejavniki, ki negativno vplivajo na celjenje rane. S pravilno oceno rane, postavitvijo prave diagnoze in ustrezno oskrbo rane bo zdravljenje rane učinkovitejše.

KLJUČNE BESEDE:

pacient, ocena rane, oskrba rane.

UVOD

Že v preteklosti je imela medicina pri zdravljenju dva osnovna cilja, to je lajšanje bolečine in oskrba rane. Strategija razvoja oskrbe rane in materialov za oskrbo rane je povezana s človeškim napredkom. Danes je na voljo široka paleta izdelkov in novih načinov v oskrbi rane. Kaj izbrati iz te množice oblog in kako oskrbeti rano? Odgovor na to vprašanje in osnova za vse naše nadaljnje delo v zvezi z oskrbo rane je kakovostna ocena pacienta z rano.

S starostjo postaja koža tanjša, bolj občutljiva za poškodbe, povečuje se tveganje za nastanek kroničnih bolezni. Vse to lahko vodi v nastanek rane in motnje celjenja rane (Pilen et al., 2009). Na kompleksen proces celjenja rane vplivajo številni dejavniki, ki jih lahko razdelimo na sistemske in lokalne. Največkrat gre za kombinirano delovanje več dejavnikov (Čuček, 2009).

Lokalni dejavniki neposredno izhajajo iz same rane. Sistemski dejavniki izhajajo iz stanja organizma, morebitnih bolezni in sposobnosti posameznika glede celjenja rane. Zaradi različnih motenj se celjenje rane zaustavi v katerem koli obdobju celjenja in takšna rana se ne more zaceliti, vse dokler je ta motnja prisotna (Triler, 2006).

Najpogostejše motnje, ki vplivajo na celjenje rane, so okužba, motnje prekrvitve tako arterijske kot venske, različna spremljajoča sistemska obolenja, slaba prehranjenost, nekatera zdravila, kot so kortikosteroidi ali citostatiki. Poleg sistemskih motenj na celjenje rane vplivajo tudi dejavniki, ki so povezani z lokalno oskrbo rane. To so nepravilna uporaba obloge, obilen izloček iz rane, velikost in lokacija rane, ohlajanje rane, odmrlo tkivo, ponavljajoče se poškodbe rane, tujki v rani, hematomi, ter vrsta tkiva, ki je v rani (Benbow, 2005).

CELOSTNA OCENA PACIENTA Z RANO

Celostna ocena pacienta z rano vključuje oceno pacienta oziroma njegovo zdravstveno, psihično in socialno stanje, kakor tudi samo oceno rane. Ocena rane mora biti narejena skupaj s pacientovim zdravstvenim stanjem, kjer upoštevamo trenutne simptome in težave, njegovo

psihično stanje, bolečino, stanje prehranjenosti, rezultate različnih preiskav kot tudi dejavnike, ki so negativno ali pozitivno vplivali na dosedanje oskrbe rane. Pozornost vedno usmerimo na pacienta in ne samo na rano (Eagle 2009, 14).

OCENA SISTEMSKIH DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA CELJENJE RANE

Podatke o pacientovem zdravstvenem stanju in težavah, ki jih pacient opisuje pridobimo iz medicinske anamneze, negovalne anamneze, s pregledom dokumentacije, Na podlagi pridobljenih informacij sledi klinični pregled pacienta in njegove kože.

Tabela 1. Sistemski dejavniki, ki vplivajo na celjenje rane.

Sistemski dejavniki	Vpliv na celjenje
Ateroskleroza, sladkorna bolezen, avtoimunska obolenja.	Zmanjšanje tkivne perfuzije, motnje senzibilitete povečano tveganje za okužbo.
Anemija, dehidracija, kajenje, žilna obolenja, obolenja, pljučna obolenja.	Zmanjšana preskrba tkiv s kisikom vpliva na celični metabolizem, tvorbo kolagena in rast kapilar.
Starost pacienta.	Sposobnost tkiv za celjenje s starostjo upada, koža izgublja elastičnost, večja možnost pridruženih obolenj.
Citostatiki, protivnetna zdravila, antikoagulacijska, imunosupresivna zdravila.	Zavirajo delitev nekaterih celic, zavirajo destruktivno in proliferativno obdobje celjenja.
Motnje imunskega sistema.	Zmanjšan vnetni odgovor, zmanjšana obrambna sposobnost organizma.
Stanje prehranjenosti pacienta – podhranjenost.	Beljakovine, kalorije, vitamini, minerali so potrebni za celični metabolizem in sintezo kolagena.
Maligna obolenja.	Stranski učinki zdravljenja malignih obolenj - kemoterapija, slabost, utrujenost, izguba apetita - vodijo v pomanjkanje proteinov.

Vir: Orsted, 2006

OCENA PSIHO-SOCIALNEGA STANJA PACIENTA

V razgovoru s pacientom skušamo pridobiti informacije o dosednji oskrbi rane in težavah, s katerimi se je pacient srečeval pri oskrbi rane. Odprt in iskren pogovor s pacientom nam pomaga, da se seznanimo z njegovim mnenjem in pričakovanji. Pacienta vprašamo, kdo mu je do sedaj previjal rano, katere materiale je uporabljal, koliko časa je porabil, kako je bilo z njegovo aktivnostjo, bolečino in ali ima možnost tuširanja rane. Nekateri pacienti so zelo ozaveščeni in poznajo vse materiale, ki so dosegljivi na tržišču, sami skrbijo za rano, drugi so bolj pasivni in vse

prepuščajo patronažni medicinski sestri, tretji pa oskrbijo rano v primerih, ko patronažna medicinska sestra ni dosegljiva. Iz razgovora ugotovimo potrebe po dodatnem izobraževanju pacienta v zvezi z oskrbo rane ter tako najdemo možnost za vključitev pacienta v oskrbo rane. Celjenje rane ni vedno glavni cilj, saj je za pacienta včasih pomembnejše lajšanje bolečine in obvladovanje izločka (Eagle, 2009).

OCENA BOLEČINE

Ocena bolečine je del ocene rane, saj je lajšanje bolečine prav tako ključnega pomena za dobro počutje pacienta in učinkovito oskrbo rane. Bolečina pri kronični rani je pogosto močna, vztrajna in hitro vodi v nespečnost, v čustvene stiske, izgubo samospoštovanja, depresijo in celo v socialno izolacijo (Eagle, 2009). Pacienti s kronično rano pogosto verjamejo, da je bolečina neizogibna in neozdravljiva, ker je to del njihove izkušnje. Za ocenjevanje bolečine so nam na voljo ocenjevalne lestvice, ki so lahko numerične, vizualno- analogne ali besedne. Pri ocenjevanju bolečine je pomembno, da nam pacient pove, kdaj se pojavi bolečina, ali je prisotna ves čas ali samo ob intervencijah v zvezi z oskrbo rane in kako si je bolečino lajšal doma. Bolečina je lahko tudi pokazatelj celjenja rane. Bolečina je manjša ob zmanjšanju otekline, nenaden pojav bolečine je lahko znak okužbe rane.

OCENA STANJA PREHRANJENOSTI

Prehrana ima pomembno vlogo v procesu celjenja ran. Celjenje rane je skup procesov, ki so močno odvisni od tkivne oksigenacije, presnovne energije, beljakovinske sinteze, številnih encimskih reakcij, ki vsaka zase vključuje prisotnost posameznih mineralov in vitaminov. Slehera motnja v oksigenaciji in/ali prehranjenosti tkiva se nujno odraža z motnjami v celjenju rane (Lavrinec, 2010). Podhranjenost je pogosto povezana z neustrezno prehrano, ki vodi k izgubi teže. Tudi prekomeren vnos hranil in debelost sta lahko povezani s podhranjenostjo. Veliko pacientov, ki ima kronično rano, je podhranjenih (Orsted 2006, 4-4). Pri pacientu s kronično rano je potrebna ocena prehranskega stanja, zato da se pacientu zagotovi uravnotežena prehrana, s katero vplivamo na debelost ali stanje podhranjenosti. Uravnotežena prehrana vsebuje ogljikove hidrate, maščobe, beljakovine, vitamine in mikroelemente. Večina začetnih presejalnih testov vključuje v oceno štiri parametre. To so izguba telesne teže, indeks telesne mase (BMI v kg/m²), vnos hrane in težavnost osnovne bolezni.

Dietetika vključimo v obravnavo v primerih, ko ni napredka v celjenju rane, ko pride do premajhnega vnosa hranil ali izgube telesne teže.

OCENA RANE

Pomemben del oskrbe rane je ocena rane, ki vključuje poleg začetne ocene tudi periodične ocene med samim zdravljenjem. Oceno rane dobimo z opazovanjem, pogovorom, kliničnim pregledom, kliničnimi preiskavami in meritvami. Proces ocene rane zahteva določene izkušnje in tudi znanja. Poleg anatomije in fiziologije mora imeti posameznik, ki ocenjuje rano, sposobnost prepoznavanja pacientovih težav in potreb ter sposobnost analiziranja in interpretacije podatkov (Collier, 2003). Proces ocene rane vključuje številne elemente ocenjevanja. Običajni parametri, ki jih ocenjujemo pri rani, so opisani v nadaljevanju.

VRSTA RANE, VRSTA CELJENJA RANE

Rane so akutne in kronične in se celijo primarno, sekundarno ali odloženo primarno. Akutne rane so travmatske rane, kirurške rane in imajo običajno kratek čas celjenja. Pri opeklinah je celjenje odvisno od globine poškodbe kože. Kronične rane so golenja razjeda, razjeda zaradi pritiska, razjede na diabetični nogi in maligne rane. Pri kroničnih ranah imamo daljši čas celjenja, saj se med celjenjem pojavijo obdobja okužbe, obdobja povečane količine izločka zaradi podaljšane vnetne faze. Pri primarnem celjenju rane so robovi rane speti skupaj s šivi, sponkami, lepilnimi trakovi ali lepilom, zato je ob minimalni izgubi tkiva proces celjenja relativno kratek. Rezultat celjenja je ozka brazgotina. V primeru sekundarnega celjenja je med robovi rane prisoten defekt tkiva, ki se more zapolniti z novim tkivom (Čuček, 2009). Rana se celi odprto.

O odloženem primarnem celjenju govorimo takrat, ko pričakujemo okužbo na področju rane, npr. pri starejših ranah, umazanih ranah, pri ranah, kjer kljub obilnemu izpiranju ne moremo zagotoviti razmer za primarno celjenje. Rane ne zapremo takoj, ampak šele po 3- 8 dneh in se celi primarno. Vse rane imajo potencial, da preidejo v kronično rano v primerih, ko gre za nepravilno oskrbo rane.

PODATKI O DOSEDANJI OSKRBI IN NASTANKU RANE

Pomembno je, da ugotovimo, koliko časa ima pacient že rano, kateri dejavniki so vplivali na nastanek rane; npr. kirurški poseg, okužba, poškodba, splošno zdravstveno stanje ali neustrezna oskrba rane in kako je do sedaj skrbel za svojo rano.

OPIS DNA RANE, STOPNJE CELJENJA

Za pravilno odločitev o oskrbi rane in izbiri obloge je pomembno, da ocenimo tkivo, ki je prisotno na dnu rane.

SUHO ODMRLO TKIVO - NEKROZA

Odmrlo tkivo je rezultat propadanja tkiva. Površina rane je lahko delno ali v celoti prekrita z odmrlim tkivom, ki je običajno črne ali rjave barve. V začetku je odmrlo tkivo vlažno, kasneje hitreje izgublja vlago, zato postaja trdo in suho. To tkivo ovira celjenje rane in je idealno gojišče za razrast bakterij. Z odstranitvijo nekroze z dna rane omogočimo rani, da se prične celiti in da preide v naslednjo fazo celjenja. Izredna previdnost velja pri odstranjevanju nekroz na nogah sladkornih pacientov.

VLAŽNO ODMRLO TKIVO

Videti je kot mehka, rumena lepljiva obloga, ki je sestavljena iz odmrlih celic, fibrina in je del nekrotičnega tkiva, ki prav tako ovira celjenje rane. Prisotnost tega vlažnega tkiva še ne pomeni okužbe rane, je pa lahko gojišče za razrast mikrobov. Tudi to vrsto tkiva na različne načine odstranimo.

GRANULACIJSKO TKIVO

Granulacijsko tkivo je blede rožnate, rdeče ali rumene barve. Na dotik je čvrsto in neravne oblike. Svetlo rdeče tkivo, ki hitro zakrvavi, lahko nakazuje okužbo.

HIPERGRANULACIJSKO TKIVO

Hipergranulacijsko tkivo je nad nivojem rane. Gre za oviro v celjenju rane, saj zavira migracijo epitelnih celic.

EPITELIJSKO TKIVO

Epitelijsko tkivo je povrhnje tkivo in je rožnate barve. Proces epitelizacije poteka iz robov rane in postopoma prekrije granulacijsko tkivo.

V dnu rane je lahko istočasno več vrst tkiva, ki ga ocenjujemo v odstotkih.

OKUŽBA RANE

Okužba rane pomeni motnjo v celjenju rane, lahko tudi v napredovanju rane. Pojavijo se lokalni znaki vnetja, kot so rdečina, oteklina, bolečina, povišana temperatura kože in okrnjena funkcija prizadetega dela telesa. Ovirano iztekanje izločka iz rane lahko povzroči dodatno okužbo.

LOKACIJA RANE

Za zapis lokacije rane uporabljamo objektivne izraze - kot levo, desno, distalno, medialno - in z opisom anatomske lokacije. Lokacija rane je pomembna pri izbiri obloge. Velikost in vrsta obloge na trebuhu se razlikujeta od obloge in velikosti rane na roki. Iz rane na sklepu lahko izteka sinovialna tekočina, ki jo lahko zamenjamo z izločkom iz rane. Vidna kost v rani zahteva oskrbo, ki preprečuje tveganje za nastanek osteomielitisa (Eagle, 2009).

VELIKOST RANE

Velikost in globino rane merimo v centimetrih. Vedno merimo največjo dolžino, največjo širino in največjo globino rane. Rano moramo pregledati in izmeriti v celoti, pozorni smo na izpodjedene robove, sinuse in votline, ki lahko podaljšajo celjenje rane. V primeru, da je prisoten sinus, oziroma so robovi rane izpodjedeni, je pomembno, da zabeležimo tudi mesto meritve. Rano merimo z merili, sondami za merjenje globine, s prozornimi poliuretanskimi filmi, kjer lahko naredimo oris rane. Pri meritvah naj bi bil pacient vedno v istem položaju.

Ob vseh meritvah vpišemo tudi datum meritve.

Za merjenje velikosti rane in določanja vrste tkiva na dnu rane lahko uporabimo tudi različne računalniške programe. S pomočjo fotografije rane in računalniškega programa dobimo podatke o vrsti in količini tkiva na dnu rane, npr. granulacije, nekroza, fibrin.

Fotografija rane zagotavlja objektivno oceno in nam lahko pomaga pri postavitvi diagnoze. Predstavlja vizualno dokumentacijo. Pri fotografiranju rane naj bi naredili vsaj tri fotografije s treh različnih razdalj (Dezotti, 2012). Pred samim fotografiranjem moramo pridobiti dovoljenje pacienta.

OCENA IZLOČKA IZ RANE

Vedeti moramo, da vsak izloček iz rane ni «slab» izloček in da vpliva na celjenje rane s tem, da zagotavlja vlažno okolje in hranilne snovi za celični metabolizem (Dezotti, 2012).

Izloček ocenjujemo po količini, izgledu in vonju. Količina izločka je različna tekom zdravljenja in traja vse do faze, ko se rana prekrije z epitelijskim tkivom. Običajno imajo večje rane tudi več izločka. Glede na količino izločka se odločamo o uporabi obloge, ki bo uravnavala vsebnost vlage v rani. Z izločkom pacient izgublja beljakovine, zato je v primerih, ko gre za izgubo večje količine

izločka, potrebno spremljati nivo beljakovin v krvi (Eagle, 2009). Pri obsežnih opeklinah ali fistulah pacient izgublja večje količine izločka, kar lahko vpliva na elektrolitsko ravnovesje (Dezotti, 2012).

VONJ RANE

Vonj iz rane ima lahko precejšen vpliv na kvaliteto pacientovega življenja. V primeru, da je v rani odmrlo tkivo, le-tega takoj odstranimo, zato da ublažimo vonj in dodatno napredovanje rane. Za zmanjševanje vonja uporabimo obloge z ogljem ali obloge z antibakterijskim delovanjem. Značilen vonj iz rane je tudi diagnostično orodje.

ROB RANE

Epitelizacija iz robov rane in kontrakcija rane sta pokazatelja, da se rana celi. Rob rane je lahko epiteliziran, otekel, pordel, maceriran, izpodjeden. Robovi so lahko ostri, pravilne oblike, nepravilnih oblik, privzdignjeni; lahko spreminjajo obliko skozi proces celjenja. Spremembe v barvi roba rane nam dajejo informacijo o perfuziji tkiva v tem predelu. Rdečina je običajno povezana z vnetjem ali okužbo, medtem ko je moder ali vijoličen rob povezan z maligno rano, Pyoderma gangrenosum ali z vaskulitisom. Spremembe v občutenju so lahko v povezavi z nevropatijo ali drugimi obolenji.

OCENA KOŽE V OKOLICI RANE

Na koži ocenjujemo znake otekline, rdečino, poškodbe kože, odrgnine zaradi lepilnih trakov ali kontaktni dermatitis. Opazujemo barvo kože, toploto kože, kapilarno polnitev. Maceracija kože v okolici rane nastane zaradi obilnega izločka iz rane, ki je lahko posledica okužbe ali neprimerne obloge. Vlažno tkivo lahko postane vir okužbe, upočasni celjenje, ker epiteljske celice ne morejo priti do granulacijskega tkiva. (Eagle, 2009). Koža v okolici rane je lahko tudi suha in luskava.

NAČRTOVANJE ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTA Z RANO

Po narejeni oceni pacienta z rano pričnemo z načrtovanjem, v katerega vključimo tudi pacienta. Najprej opredelimo problem, kot je bolečina, okužba, nato postavimo cilje skupaj s pacientom. Cilji naj bodo realni, merljivi in dosegljivi. Naši cilji in cilji pacienta se včasih razlikujejo, saj ima lahko pacient trenutno drugačen cilj in pričakovanja, kot načrtujemo ali predvidevamo sami. Pacientu lahko trenutno več pomeni samo lajšanje bolečine ali večja samostojnost kot pa celjenje rane.

Cilji, ki jih določimo na podlagi ocene rane, so:

- zmanjšanje neudobja, bolečine,
- vključitev posameznika v oskrbo rane,
- večja samostojnost pacienta pri oskrbi rane,
- preprečevanje okužbe,
- pospešitev celjenja rane, ustvarjanje optimalnih pogojev za celjenje,
- preprečevanje dodatnih poškodb kože,
- preprečevanje podaljšanja hospitalizacije,
- zmanjšanje porabe časa za oskrbo rane,
- zmanjšanje stroškov (Dezotti, 2012),.

IZVEDBA INTERVENCIJE

Izvedba intervencije je področje, na katerega smo dejansko usmerjeni, saj pri tem govorimo o oskrbi rane in izvedbi preveze. Poleg izvedene preveze ima pri oskrbi rane pomembno mesto tudi preventiva in dodatne aktivnosti, ki vplivajo na celjenje ran, oziroma preprečujejo napredovanje rane ali celo pojav novih ran. Razjeda zaradi pritiska se ne bo celila, če pri pacientu ne bomo izvajali menjave lege telesa. Oskrba venske golenje razjede ne bo uspešna brez kompresijske terapije. Ob vsem tem moramo vedno poskrbeti tudi za udobje pacienta in ne samo za oskrbo rane.

EVALVACIJA

Po določenem času ocenimo napredek v celjenju rane. V primerih, ko ni posebnosti v celjenju, oceno rane ponavljamo na 7 do 10 dni. Ob ponovni oceni uporabimo iste metode merjenja. Z oceno ugotovimo ali so cilji, ki smo jih načrtovali, doseženi. V primeru, da je rana »zastala« v celjenju, moramo razmisliti o spremembi načrta. Nepričakovane spremembe v rani ali njeni okolici zahtevajo ponovno oceno rane in multidisciplinarno obravnavo pacienta z rano.

Ponovno oceno rane naredimo ob:

- napredovanju ali izboljšanju rane,
- večji spremembi tkiva na dnu rane in napredovanju rane,
- povečani količini izločka, razvoju okužbe, celulitisu,
- spremembi barve okončine ali spremembi prekrvitve,
- spremembi zdravstvenega stanja pacienta (Eagle, 2009).

SPREMEMBA NAČRTA

V primerih, ko ni napredka v celjenju rane, je potrebna sprememba načrta. Sprememba načrta ja lahko na ravni dodatne diagnostike, antibiotične terapije, zamenjave obloge. Kadar se odločimo za zamenjavo obloge ali za nov način zdravljenja, je pomembno, da pri tem vztrajamo vsaj nekaj dni, da vidimo, ali bo nova obloga ali nova vrsta zdravljenja učinkovita.

DOKUMENTIRANJE

Vse meritve in ostale podatke, ki smo jih pridobili z ocenjevanjem, dokumentiramo na poseben list za oskrbo rane, klinično pot ali v negovalno poročilo. Dokumentacija je komunikacijsko orodje, ki mora biti dostopna vsem, ki so vključeni v oskrbo rane. Dokumentacija mora biti jasna, razumljiva in čitljiva. Pri opisovanju posameznih elementov ocene uporabljamo ustrezno terminologijo in dogovorjene okrajšave. Zapis podatkov mora biti objektivni, npr. brez zapisa, da je rana v velikosti pomaranče, saj kasneje velikosti rane ne moremo primerjati. Primerjamo lahko samo enako z enakim.

Vsem članom tima mora biti iz dokumentacije jasno razviden potek oskrbe rane ter tudi vsa poslabšanja in izboljšanja v celjenju rane. Preko dokumentacije spremljamo celjenje in oskrbo rane več tednov, mesecev ali let. Dokumentacija je pravno sredstvo pri morebitnih tožbah ali odškodninskih zahtevkih. Potrebno je redno in sprotno zapisovanje z datumi in podpisi. Zagotovljena mora biti sledljivost dokumenta, kjer se redno zapisuje vse intervencije v zvezi z oskrbo rane.

LESTVICE ZA OCENJEVANJE CELJENJA RAN

Pri ocenjevanju ran so nam v pomoč tudi različne lestvice (Greatrex-White, Moxey, 2013), kot so našteje v nadaljevanju.

- Bates-Jansen Wound Assessment tool BWAT- (Bates-Jansen, 2001),
- Pressure Ulcer Scale for Healing PUSH - (NPUAP, 1998),
- Sessing Scale SS- (Ferrell B., 1997),
- Sussman Wound Healing Tool (SWHT) - (Sussman in Swanson, 1997),
- Wound Healing Scale (WHS) - (Krasner, 1996).

Lestvico za oceno celjenja razjede zaradi pritiska (Pressure Ulcer Scale for Healing - PUSH), ki je prikazana v tabeli 2, so leta 1997 oblikovali strokovnjaki ameriškega združenja National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). S pomočjo te lestvice se ocenjujejo tri glavne značilnosti rane:

- površina rane,
- izloček iz rane in
- videz dna rane.

Vse tri parametre ocenjujemo s točkami. Vsota vseh točk in primerjava točk nam pove ali gre za izboljšanje ali poslabšanje v celjenju rane.

Površino rane izračunamo tako, da med seboj pomnožimo največjo širino in največjo dolžino rane, rezultat je v cm². Površino rane potem točkujemo od 0 do 10 točk.

Količino izločka ocenjujemo od 0 do 3 točke. Brez izločka je 0 točk; malo izločka je 1 točka; srednja količina izločka pomeni 2 točki; veliko izločka so 3 točke.

Na dnu rane ocenjujemo prisotno tkivo.

Zaceljena rana je 0 točk; epiteljsko tkivo se oceni z 1 točko; granulacijsko tkivo z 2 točkama; vlažno odmrlo tkivo s 3 točkami ; suho odmrlo tkivo s 4 točkami.

Tabela 2. PUSH lestvica.

Dolžina x širina cm²	0 0	1 < 0,3	2 0,3 - 0,6	3 0,7 - 1	4 1,1 - 2	5 2,1 - 3	Število točk
		6 3,1 - 4	7 4,1 - 8	8 8,1 - 12	9 12,1- 24	10 >24	Število točk
Količina izločka	0 Brez izločka	1 Malo	2 Srednje	3 Veliko			Število točk
Vrsta tkiva	0 Zaceljeno	1 Epiteljsko tkivo	2 Granulacijsko tkivo	3 Vlažno odmrlo tkivo	4 Suho odmrlo tkivo		Število točk
							Skupno št. točk

Vir: NPUAP, (1998) verzija 3.0: 9/15/98

ZAKLJUČEK

Brez ocene rane ni mogoče oceniti napredka in učinkovitosti zdravljenja. Znaki napredka so spodbuda za člane zdravstvenega tima kot tudi za pacienta. Vedeti moramo, da rana, ki se ne celi, vpliva na življenje pacienta, na njegovo neodvisnost in na njegov življenjski slog, zato je pomembno, da preko rednih ocen rane spremljamo proces celjenja in prilagajamo načrt zdravljenja in oskrbe.

LITERATURA

1. Benbow M (2005). Evidence- based wound management. London: Whurr Publishers; 32- 58.
2. Collier M (2003). The elements of wound assessment. Nursing times; 13 (99): 48-49.
3. Čuček I (2009). Fiziologija in patofiziologija celjenja ran. V: Smrke DM (ur). IV. konferenca o ranah z mednarodno udeležbo. Portorož: Klinični oddelek za kirurške okužbe, SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana; 54-58.
4. Greatrex-White S, Moxey H (2013). Wound assessment tools and nurses' needs: an evaluation study. Int Wound J; 2013; 1-9.
5. Dezotti C (2012). Wound assessment Practical tips. The bits you need to know. Dostopno na: <http://www.nursesforurses.com.au/admin/uploads/EBOOKWoundAssessmentPracticalTips1.pdf> / 14. 12. 2013
6. Eagele M (2009). Wound assessment: The patient with wound. Wound Essentials; 4: 14-24.
7. Lavrinec J (2010). Razumevanje vpliva prehrane na celjenje ran. V: Vilar V(ur.). Prehranska podpora pacientov s kronično rano. Lipica, 17. 9.-18. 9. 2010: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 8-16.
8. NPUAP (1998). Dostopno na: (<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/push-tool/>), 14. 12. 2013.
9. Orsted H (2006). The Art and Science of Wound Care: Fundamentals of Wound Management. Mölnlycke Health care.
10. Pillen H et al (2009). Assessment of wound healing: validity, reliability and sensitivity of available instruments. Wound practice and research; 4 (17): 208- 217.

OBLOGE ZA OSKRBO KRONIČNIH RAN

Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET
Svetovalna služba zdravstvene nege
UKC Ljubljana

IZVLEČEK

V zadnjih 25 letih se zdravstveni delavci srečujejo s številnimi novimi oblogami za oskrbo ran. Teorija o vlažnem celjenju ran predstavlja revolucijo na področju celjenja kroničnih ran, ki se je začela v poznih šestdesetih letih prejšnjega stoletja in se nadaljuje tudi danes. Obloge za oskrbo kroničnih ran pospešujejo avtolitično delovanje v rani, pospešujejo epitelizacijo, zagotavljajo zaščito rane, dobro vpijajo izločke in ustvarjajo optimalne pogoje za celjenje ran. Za potrditev učinkovitosti posameznih vrst oblog pri oskrbi kronične rane pa primanjkuje randomiziranih kontroliranih kliničnih raziskav.

KLJUČNE BESEDE:

kronična rana, obloga, raziskava.

UVOD

Zdravljenje akutnih in kroničnih ran je področje medicine z dolgo in razgibano zgodovino, katere korenine najdemo že v starem Egiptu in Grčiji. Ebers Papyrus je okoli leta 1200 pred našim štetjem opisal uporabo gaze, živalske masti in medu za zdravljenje ran. Gaza je pod vlaknasto osnovo spodbujala zaprtje rane, živalska mast je preprečevala vdor mikroorganizmov, med pa je služil kot antibiotik. Egipčani so verjeli, da zaprtje rane ohrani nedotakljivo dušo. Grki so imeli podoben pogled na pomen zaprtja rane. Rane so že delili na akutne in kronične, oziroma na "sveže" in "zdravljenje". V srednjem veku in obdobju renesanse ni bilo vidnega napredka na področju celjenja ran, najbolj pomemben napredek je prišel z razvojem mikrobiologije in celične patologije v 19. stoletju. Joseph Lister je leta 1860 uporabil za zdravljenje kirurških ran gazo prepojeno s karbonsko kislino in posledično zmanjšal smrtnost kirurških pacientov za 45 %. Robert Wood Johnson I. je leta 1870 izdelal gazo prepojeno z jodom. Leto 1950 predstavlja prodor materialov, kot so najlon, polietilen, polipropilen in polivinil in s tem nove možnosti za izdelavo sodobnih oblog za oskrbo ran (Beitz, 2014).

VLAŽNO CELJENJE RAN

Vlažno okolje za celjenje ran, odkrito leta 1960, je predstavljal revolucijo pri oskrbi ran. Doktor Zimska je izvajal poizkuse na živalih (Winter, 1962), Hinman in Maibach (1963) sta vzporedno te ugotovitve prenašala na ljudi. Ta kombinirana raziskovanja so postavila temelje za razumevanje pomena vlage pri celjenju ran. Koncept vlažnega celjenja ran in uravnotežene

v rani je danes splošno sprejeto kot najboljša praksa (NPUAP/EPUAP, 2009). Z vlažnim celjenjem ran so se pojavile tudi nove obloge za oskrbo ran. Sodobne obloge so zasnovane za aktivno spodbujanje celične proliferacije in hitrejše potovanje epitelijjskih celic. Obloge delujejo tudi kot pregrada za mikroorganizme iz okolice, vsrkavajo odvečni izloček iz rane, kar ustvarja

ugodne pogoje za zdravljenje (Baranoski, 2008). Največja prednost sodobnih oblog je vzdrževanje vlažnih pogojev v ranah v nasprotju s "klasično gazo", ki vodi do nastanka suhega okolja in prilepljanja na rano (Ovington, 2010). Sodobne obloge za oskrbo ran povečajo proliferacijo in celično aktivnost, kar ohranja optimalno raven izločka, ki vsebuje življenjsko pomembne beljakovine in citokine ter pospeši avtolitično delovanje v rani in spodbuja celjenje ran.

RAZVOJ SODOBNIH OBLOG ZA OSKRBO RAN

Prva sodobna obloga je bila polprepustni poliuretanski film. Z omenjeno oblogo so raziskovalci potrdili teorijo vlažnega celjenja rane (Alvarez, Rozint et. al., 1990). Poliuretanski filmi so sestavljeni iz sterilnih plastičnih listov poliuretana, prevlečenih s hipoalergenskim akrilnim lepilom. Čeprav so neprepustni za tekočine in bakterije, prepuščajo zrak in vodne hlape. Na ta način ustvarjajo optimalno vlažno okolje. So prozorni in zato omogočajo nenehen nadzor rane in kože. Primerni so za zaščito ogrožene kože in oskrbo površinskih ran brez izločka. Poliuretanski filmi so zelo prilagodljivi in se dobro prilepijo tudi na "težavna" anatomska mesta (Jones, Gray et. al., 2006).

Leta 1980 se je na tržišču pojavila hidrokolidna obloga. Sestavljena je bila iz natrijeve karboksimetilceluloze, želatine, pektina, elastomerov in lepila vezanega na nosilec s polprepustno folijo ali peno. Pri delovanju se na površini rane tvori gel, ki spodbuja vlažno celjenje ran. Hidrokolidi so neprepustni za vodno paro in zrak in se lahko uporabljajo za rehidracijo mrtvin in spodbujajo avtolitično delovanje (Alvarez, Rozint et. al., 1990). Hidrokolidi so primerni za različne rane s šibkim izločkom v vseh dobah celjenja ter za zaščito ogrožene kože. Hidrokolidna vlakna so danes na voljo tudi v obliki hidrofiber.

Istega leta so se na tržišču pojavili tudi hidrogeli. Sestavljeni so iz netopnih polimerov z do 96% vsebnostjo vode. Primerni so za hidriranje, mehčanje in odstranjevanje suhih, vlažnih mrtvin in fibrinskih oblog pri celjenju vseh kroničnih ran (Jones, Gray et. al., 2006).

Z razvojem sintetičnih materialov so se razvile tudi poliuretanske pene, ki so ponudile veliko prednost v primerjavi s tradicionalno gazo. Obloge se ne lepijo z rano in dobro vpijajo izločke. Poliuretanske pene so sestavljene iz dveh ali treh plasti, stična površina z rano je hidrofilna. Hidrofobna plast omogoča visoko vpojnost in enakomerno razpršenost izločka po vsej površini (Jones, Gray et. al., 2006).

Alginati so izdelani iz naravno prisotnih kalcijevih in natrijevih soli alginske kisline, ki se nahajajo v družini rjavih alge. Delimo jih v dve vrsti, prve vsebujejo 100 % kalcijev alginat ali tiste, ki vsebujejo kombinacijo kalcija z natrijevim alginatom, ponavadi v razmerju 80:20. Alginati so bogati z manuronsko in guluronsko kislino, relativni delež vsakega vpliva na količino vsrkanega izločka. Alginati se raztopijo ob stiku z izločki in tvorijo hidrofilni gel, kot posledica izmenjave natrijevih ionov v izločku in kalcijevih ionov v oblogi (Jones, Gray et.al., 2006).

Leta 1990 se je obstoječim oblogam pridružila še silikonska pena, ki jo sestavlja polimer silikonskega elastomera, pridobljen iz dveh tekočin, ki tvori mehko peno, se ne lepi na rano in dobro vpija izločke. Poleg tega silikonska pena varuje okolico rane pred nadaljnjo poškodbo kože (Jones, Gray et.al., 2006).

Hidrokapilarne obloge so visoko vpojne primarne in/ali sekundarne obloge iz posebnih, izjemno vpojnih zrn. Obloga vpija velike količine izločkov, ki se zaradi posebne sestave obloge ne širijo na robove in tako zmanjšujejo možnost macearcije. Primerne so za različne kronične rane z zelo obilnim izločkom.

V enakem obdobju so se na tržišču pojavile tudi obloge z dodatki v obliki antiseptikov, kot so jod, srebro in med. Uporabljajo se za celjenje kritično koloniziranih, oziroma inficiranih ran. Sledili so jim še kolageni, ki zaradi svoje porozne sestave vpijajo izločke iz rane, spodbujajo granulacijo in pospešijo celjenje. Resorbtivne obloge so dobile mesto pri oskrbi ran z zakasnelim celjenjem. Danes imamo na voljo že vrsto oblog, ki vsebujejo po dve različni učinkovini skupaj. Veliko število oblog, ki so na voljo za oskrbo ran, je okrepilo celovito obravnavo pacientov. Istočasno se je pojavila tudi potreba po dodatnem izobraževanju zdravstvenih delavcev, ki so vključeni v zdravljenje in oskrbo pacientov s kronično rano (Baranoski, Ayello, 2012)

UČINKOVITOST SODOBNIH OBLOG - PREGLED LITERATURE

Chaby in njegovi sodelavci (2007) so v svoji študiji ugotovili, da so se hidrokolooidne obloge pri zdravljenju venske golenje razjede in razjede zaradi pritiska izkazale za boljše v primerjavi z obkladki s fiziološko raztopino ali parafinsko gazo. Obloge z alginati so učinkovitejše pri zdravljenju kroničnih ran, na katerih je prisotna mrtvina, v primerjavi z ostalimi oblogami. Zdravljenje s hidrokolooidi je statistično pomembno izboljšalo stopnjo popolne ozdravitve pri venski golenji razjedi in razjedi zaradi pritiska v primerjavi s parafinsko gazo ali z obkladki fiziološke raztopine, vendar pa ni bilo dokazane razlike pri zdravljenju razjede zaradi pritiska in venske golenje razjede pri uporabi hidrokolooidnih oblog in poliuteranskih pen. Primerjali so uporabo resorbtivne obloge z nelepljivo oblogo in ugotovili, da ni nobenih razlik v hitrosti zdravljenja venske golenje razjede.

Alginatne obloge so učinkovitejše pri zdravljenju kroničnih ran, na katerih je prisotna mrtvina, v primerjavi z ostalimi oblogami. Alginati znatno zmanjšajo površino razjede zaradi pritiska v kombinaciji s hidrokolooidi (alginat prve 4 tedne in hidrokolooid naslednje 4 tedne v primerjavi s samim hidrokolooidom) (Belmin et al., 2002). Chaby in njegovi sodelavci (2007) so v svoji študiji tudi potrdili nizko stopnjo dokazov o klinični učinkovitosti sodobnih oblog.

Pri National Prescribing Center (2010) so v svoji študiji o predpisovanju oblog za oskrbo kroničnih ran v primarnem zdravstvu ugotovili:

- da ni dovolj kakovostnih dokazov za razlikovanje med posameznimi vrstami oblog, ki se uporabljajo pri zdravljenju kroničnih ran,
- da obstajajo utemeljeni dokazi, da so hidrokolooidne obloge učinkovitejše od običajne gaze pri zdravljenju razjede zaradi pritiska, vendar pa ni nobenega dokaza, da so hidrokolooidne obloge bolj učinkovite kot nelepljiva kontaktna mrežica pri uporabi kompresijske terapije za zdravljenje venske golenje razjede,
- da ni trdnih kliničnih dokazov, da so sredstva, ki vsebujejo antiseptike (npr. srebro, jod ali med) učinkovitejša od oblog brez dodatkov za preprečevanje ali zdravljenje okužbe rane,
- da je uporaba antiseptičnih oblog utemeljena na podlagi specifičnih kliničnih zahtev; primerno bi bilo, da zdravstveni delavci rutinsko izberejo najcenejšo oblogo, ki izpolnjuje zahtevane lastnosti (npr. velikost, lepljivost, udobje, vpijanje izločkov, itd.) in je primerna za vrsto rane in njene faze zdravljenja,
- da je potrebno omejiti vsesplošno uporabo aktualnih oblog z antiseptiki tudi zaradi bakterijske odpornosti in toksičnosti (NPC, 2010).

Beam (2009) je v svoji raziskavi, v kateri je iskal klinično podprte raziskave o učinkovitosti srebrnih oblog, ki so metodološko primerne, izmed 31 pregledanih našel le 3, ki so ustrezale vsem trem zahtevam, ki jih je postavil. Te zahteve so bile:

- raziskava je randomizirana in se kontrolirano dela primerjava med oblogami, ki vsebujejo srebro, in oblogami, ki vsebujejo druge antiseptike ali oblogami, ki vsebujejo različne količine srebra,
- udeleženci, vključeni v raziskavo, so stari 18 let in več ter imajo vsi prisotno okužbo rane,
- raziskava je morala vključevati oceno učinkovitosti oblog glede na objektivno merjenje celjenja rane.

V eni izmed pregledanih študij, kjer so primerjali obloge s srebrom z oblogami, ki so vključevale tudi antiseptike, so ugotovili zmanjšanje velikosti rane v poskusni skupini in zmanjšanje neprijetnega vonja. Zmanjšanje velikosti rane so zabeležili pri poliuretanski peni s srebrom. Pregled ne navaja trdnih dokazov za uporabo poliuretanskih pen ali alginatov s srebrom pri obravnavi okuženih ran. Dve študiji pa kažeta, da poliuretanska pena s srebrom zmanjša velikost rane in nudi boljši nadzor pri izločku in vonju kot obloge brez srebra. Za potrditev učinkovitosti oblog s srebrom se potrebujejo randomizirane kontrolirane klinične študije s standardiziranimi meritvami in daljšim časovnim obdobjem opazovanja (Beam 2009).

SOGLASNO SPREJETA PRIPOROČILA NA PODLAGI RAZISKAVE ZA UPORABO OBLOG ZA OSKRBO KRONIČNIH IN AKUTNIH RAN

Za celjenje kroničnih ran je bilo sprejeto trdno soglasje za naslednje obloge:

- v fazi (debridmena) odstranjevanja mrtvin uporabljamo hidrogele,
- v fazi granulacije uporabljamo poliuretanske pene ali nelepljive obloge,
- v fazi epitelizacije uporabljamo hidrokoloide in nelepljive obloge,
- za posebne primere z omejenimi možnostmi se uporabljajo:
 - za poškodovano in nežno kožo nelepljive obloge,
 - za krvaveče rane se uporabljajo alginati in
 - za rane, ki imajo močan vonj, aktivno oglje (Vaneau et al., 2007).

RAZPRAVA

Za uspešno zacelitev kronične rane je nujno potrebno dobro sodelovanje pacienta. Zato se je potrebno vedno vprašati, kakšni so cilji in želje pacientov. Lokalna oskrba rane se začne z oceno rane in natančno zbirko podatkov o celotnem stanju pacienta. Podatki, pridobljeni pri oceni rane, nam pomagajo pri izbiri primerne obloge. Obloge morajo zagotavljati cilje zdravljenja, kot so: odstranjevanje mrtvin z avtolitičnim delovanjem, pospeševanje rasti epitelizacijskega tkiva, nevtralizacija vonja, dobro vpijanje izločkov, zmanjšanje bolečine, nelepljivost na rano, preprečevanje vstopa mikroorganizmov iz okolice v rano, zacelitev rane. Zdravstveni delavci, ki izvajajo oskrbo pacientov s kronično rano, morajo delovanje oblog dobro poznati. Celjenje rane je dinamičen proces, ki zahteva pravo oblogo za rano ob pravem času. Na primer, pri rani s prekomerno količino izločka je potrebno ohraniti ravnovesje vlage v rani, ki vodi v ozdravitev. Ustrezna izbira obloge ohranja vlažno okolje, vendar ne povzroča maceracije v okolici rane ali izsušitev dna rane. Pomembno je poznati in razumeti spremembe, ki se dogajajo v rani, saj to pomembno vpliva na ustrezno izbiro oblog za oskrbo ran. Kljub obstoju številnih kliničnih smernic za oskrbo kroničnih ran (venska golenja razjeda, diabetično stopalo, razjeda zaradi pritiska) ni na voljo sistematičnih pregledov za ustrezno izbiro oblog za oskrbo posamezne vrste rane. Izbira idealna obloge je še vedno nedorečena. V literaturi je zelo malo z dokazi podprtih

visokokakovostnih kliničnih študij, ki dokazujejo razlike pri zdravljenju oziroma uspešnost zdravljenja. Zato tudi ni dovolj kakovostnih dokazov za razlikovanje med posameznimi vrstami oblog, ki se uporabljajo pri zdravljenju kroničnih ran. Za dvig kakovosti v raziskovanju je Evropsko združenje za rane (EWMA) pripravilo priporočila za izvajanje kontroliranih kliničnih raziskav (NPC, 2010).

ZAKLJUČEK

Kljub številnim objavljenim raziskavam o učinkovitem delovanju sodobnih oblog pri oskrbi kroničnih ran nimamo na razpolago dovolj kakovostnih dokazov o tem, katera obloga je najbolj učinkovita pri celjenju ran. Sistematični pregledi raziskav oblog za oskrbo ran so večkrat opozorili na skromnost visokokakovostnih študij s klinično ustreznimi zaključki. Malo je dokazov, katere obloge so najbolj učinkovite pri kroničnih ran v smislu popolne ozdravitve, udobja in preprečevanje okužbe. Večina študij je imela številne omejitve, kot so: število pacientov, ki ne temelji na izračunu velikosti vzorca, metodologija ni bila opisana, ocena rezultatov ni bila povsem objektivna, raziskava brez kontrolne skupine, presoja objektivnih ali subjektivnih ukrepov izvedbe ni bila vedno jasno opisana, populacija v študiji je bila raznolika, zlasti v študijah razjede na nogah. Za dokazovanje učinkovitosti oblog pri zdravljenju okuženih akutnih in kroničnih ran potrebujemo metodološko pravilno izvedene raziskave, kar pomeni standardizirane izide merjenja ter daljše opazovanje.

LITERATURA

1. Alvarez O, Rozint J, Meehan M. Principles of moist wound healing: indications for chronic wounds. In: Krasner D, ed. *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Health Care Professionals*. King of Prussia, PA: Health Management Publications; 1990: 266-81.
2. Baranoski S, Ayello EA. Wound Dressings: An Evolving Art and Science. *Adv Skin Wound Care*. 2012; 25: 87-92.
3. Baranoski S. Choosing a wound dressing, part 1. *Nursing* 2008; 38 (1): 60-1.
4. Beam JW. Topical silver for infected wounds. *J Athl Train*. 2009; 44(5): 531-3.
5. Beitz JM. From "Plants to Ants": Wound Care History, Back to the Future and other "Functu red Fairy Tales". School of Nursing and Health Sciences, La Salle University, Philadelphia; 2014. Dostopno na: www.hcifonlife.org/1103_file_J-_BETZ_May_4_PPUP_Capstone_Conference.pdf (14. 1. 2014).
6. Belmin J, Meaume S, Rabus MT, Bohbot S. Sequential treatment with calcium alginate dressings and hydrocolloid dressings accelerates pressure ulcer healing in older subjects: a multicenter randomized trial of sequential versus non sequential treatment with hydrocolloid dressings alone. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50 (2): 269 – 274.
7. Chaby G, Senet P, Vaneau M, Guillaume JC, Meaume S, et al. Dressings for acute and chronic wounds: systematic review. *Arch Dermatol*. 2007; 143(10): 1297-304.
8. Hinman CD, Maibach HI. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature*; 1963: 200: 377.
9. Jones V, Grey JE., Harding KG. ABC of wound healing. Wound dressing. *BMJ*. 2006; 332: 777–780.
10. National Prescribing Centre. Evidence – based prescribing of advanced wound dressings for chronic wounds in primary care. *MeReC Bulletin*. 2010; 21 (01): 1-8.
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP/EPUAP). *Prevention and Treatment of pressure ulcers: Clinical practice guideline*. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
12. Ovington L. Dressings and skin substitutes. In: McCulloch J, Kloth L, eds. *Wound Healing Evidence-Based Management*. 4th ed. Philadelphia, PA: FA Davis; 2010: 180-93.
13. Vaneau M, Chaby G, Guillot B, Martel P, Senet P, Téot L, Chosidow O. Consensus panel recommendations for chronic and acute wound dressings. *Arch Dermatol*. 2007; 143 (10): 1291-4.
14. Winter GD. Formation of the scab and the rate of epithelialization of superficial wounds in the skin of young domestic pigs. *Nature*. 1962; 193: 293-4.

OSKRBA PACIENTA S KRONIČNO RANO V DOMAČEM OKOLJU

Dragica Jošar, dipl. m. s., ET
Zdravstveni dom Murska Sobota, Patronažna služba
dragica.josar@gmail.com

IZVLEČEK

Oskrba pacienta s kronično rano v domačem okolju je svojevrstna oskrba, saj so doma drugačne razmere kot v bolnišnici ali v ambulanti. Pacient je odvisen od samooskrbe, obiskov patronažne službe in pomoči družinskih članov ter njihove pripravljenosti za sodelovanje.

Oskrbo kronične rane v domačem okolju izvaja patronažna medicinska sestra po naročilu zdravnika. V domačem okolju se mora patronažna medicinska sestra prilagajati slehernim stanovanjskim in bivalnim pogojem ter v danih pogojih najti najprimernejši prostor in način za izvedbo negovalne intervencije.

Najbolj pogoste kronične rane, ki jih patronažna medicinska sestra obravnava v domačem okolju, so razjede na nogah zaradi venskih, arterijskih in diabetičnih zapletov, razjede zaradi pritiskov in onkološke rane.

KLJUČNE BESEDE:

kronične rane, patronažna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra, domače okolje.

UVOD

Patronažno varstvo je del javnega zdravstva in sodi med storitve osnovnega zdravstvenega zavarovanja. Organizirano je kot organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih ali kot samostojna služba. Patronažna zdravstvena nega je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja in bolezni. Nosilka patronažne zdravstvene nege je patronažna medicinska sestra, ki ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, načrtuje intervencije zdravstvene nege, jih izvaja in vrednoti dosežene cilje (Šušteršič in sod., 2006).

Patronažna zdravstvena nega je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se na pacientovem domu, v zdravstvenem domu in lokalni skupnosti. Patronažna zdravstvena nega se izvaja na podlagi naročila zdravnika. Je specialno področje zdravstvene nege, ki se ukvarja s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo v vseh obdobjih zdravja ter bolezni (Šušteršič in sod., 2006).

Delo patronažne medicinske sestre, ki človeka spremlja od njegovega rojstva do smrti, je zelo odgovorno, saj patronažna medicinska sestra prihaja k ljudem na dom in je vselej gost na domovih ljudi, znati mora dobro opazovati, biti mora obzirna, sposobna adaptiranja vedno novim situacijam in sposobna razumeti stanja drugih ljudi. Vloga patronažne medicinske sestre pri oskrbi kroničnih ran se spreminja glede na načrt zdravstvene nege, ki ga skupaj s pacientom izdelata na podlagi ugotovljenih potreb ter glede na obliko zdravstvene nege, ki jo pacient in njegovi bližnji zmorejo. Delovanje patronažne medicinske sestre temelji na ohranjanju sposobnosti pacienta, ki jih še

ima, in na čimprejšnjo povrnitev že izgubljenih sposobnosti. Za cilj si postavi samooskrbo pacienta in družine.

Dom daje pacientu s kronično rano občutek varnosti in zavetja, zato se tudi obnaša drugače kot v ordinaciji ali bolnišnici. Medsebojni odnosi v družini lahko različno spodbujevalno ali zaviralno vplivajo na sodelovanje pacienta pri zdravljenju. To so dejstva, ki jih mora patronažna medicinska sestra upoštevati pri načrtovanju zdravstvene nege, če želi doseči čim boljše sodelovanje pacienta ter njegovo čim hitrejšo in čim večjo samostojnost. Običajno se pacient na svojem domu počuti enakovrednejšega v procesu načrtovanja zdravstvene nege. Jasneje izraža svoje želje, navade in potrebe, pa tudi svoje nestrinjanje, zavrnitev ali opustitev nečesa. Za razliko od institucionalne oskrbe, kjer se izvaja zdravstvena nega kronične rane v prostoru, prilagojenem za ta namen, se mora patronažna medicinska sestra prilagajati slehernim stanovanjskim in bivalnim pogojem ter v danih razmerah skupaj s pacientom najti najprimernejši prostor in način izvedbe negovalne intervencije. Patronažna medicinska sestra se srečuje z zahtevnimi pogoji dela, ki so lahko zelo neugodni za njeno strokovno delo. (Jošar, 2008).

OSKRBA KRONIČNE RANE V DOMAČEM OKOLJU

Kronična rana je pojav, ki zaradi staranja populacije in daljšanja življenjske dobe vse bolj pesti sodobnega človeka. Kronična rana je vsaka rana, ki se spontano ne zaceli v obdobju treh do šestih tednov. Zdravljenje kronične rane je upočasnjeno, lahko traja več mesecev ali pa tudi let. Obravnava kronične rane temelji na poznavanju pacientovega zdravstvenega stanja, odnosa do bolezni, značajskih posebnosti, življenjskih navad in razvad, socialno-ekonomskih življenjskih pogojev, sodelovanja svojcev, predvsem pa na medsebojnem zaupanju in zastavljanju realnih ciljev (Jošar, 2008).

Človek se je s celjenjem ran ukvarjal že v preteklosti in oskrba ran se je skozi zgodovinska obdobja spreminjala od časa starih kultur do obdobj z znanstvenimi pogledi in inovativnimi spremembami. V današnjem času imamo na razpolago številne materiale, obloge in nove načine zdravljenja, vendar so na tem področju potrebna ustrezna znanja, saj neznanje lahko vodi do nepravilne uporabe in stroškovne neučinkovitosti. Oskrba kroničnih ran zahteva celostni in pacientu prilagojeni pristop, ki izhaja iz novih spoznanj obravnave kroničnih ran. Spremembe pred nas postavljajo nove izzive in zahteve, saj je potrebno iskanje ravnovesja med razpoložljivimi finančnimi sredstvi in možnostmi, ki so na razpolago.

V sodobni klinični praksi je uveljavljen princip t.i. vlažnega celjenja, zato tudi patronažne medicinske sestre uporabljamo sodobni način oskrbe kronične rane, kar pomeni uporabo sodobnih oblog in pa kompresijsko terapijo, seveda po naročilu zdravnika. Izbira sodobnih oblog za zdravljenje in oskrbo kroničnih ran temelji na kliničnih izkušnjah terapevta (Jošar, 2008).

Vloga patronažne medicinske sestre pri zdravljenju kroničnih ran ni le v težnji po čimprejšnji ozdravitvi, ampak v veliki meri v zdravstveno-vzgojnem delovanju in to v takšni meri, da bodo pacient in svojci poučeni in sposobni samooskrbe (Jošar, 2008).

Naloga patronažne medicinske sestre pri oskrbi kronične rane v domačem okolju je:

- nadomeščanje nesposobnosti samooskrbe kronične rane,
- nadzor nad rano,
- profesionalna zdravstvena nega,
- svetovanje, motiviranje, učenje, vodenje in nadzor samooskrbe.

Najbolj pogoste kronične rane, ki jih patronažna medicinska sestra obravnava v domačem okolju, so razjede na nogah zaradi venskih, arterijskih in diabetičnih zapletov, razjede zaradi pritiskov in onkološke rane.

O samooskrbi govorimo, kadar je pacient samostojen pri izvajanju vseh življenjskih aktivnosti, vključno z učenjem za oskrbo kronične rane. Patronažna medicinska sestra mora pacienta naučiti, kako se izvede postopek oskrbe kronične rane. Najti morata primeren prostor, kjer si lahko pripravita ustrezne pripomočke. Medicinska sestra bo z metodo demonstracije in s spodbujanjem dosegla, da bo pacient postopoma samostojno izvedel celoten postopek oskrbe kronične rane. Seznanila ga bo, kako in kje priti do potrebnih materialov, ter ga motivirala za zdrav način življenja in redno jemanje zdravil.

O laični oskrbi govorimo, kadar pacient ne zmore samooskrbe, zato skrb zanj prevzame njegova družina ali druge zanj pomembne osebe. Patronažna medicinska sestra te osebe nauči pravih postopkov, jih informira o nabavi ustreznih materialov, spodbuja jih, da bodo poskrbeli za ustrezno prehrano pacienta, redno jemanje zdravil in podobno. Družini je dosegljiva za dodatne informacije, občasno pa sama izvaja nadzor nad oskrbo kronične rane, odvisno od naročila zdravnika na delovnem nalogu. Kadar pri pacientu ni pogojev za izvajanje samooskrbe ali laično oskrbo kronične rane oziroma njegovo zdravstveno stanje tega ne dopušča, bo patronažna medicinska sestra samostojno izvajala celotno oskrbo kronične rane in ostale negovalne intervencije. To obliko imenujemo profesionalna zdravstvena nega (Jošar, 2009).

Razlika med sodobnimi oblogami in klasično gazo je očitna. Pri oskrbi rane z gazo je rano potrebno prevezovati vsak dan, mnogokrat celo večkrat na dan, sodobne obloge pa omogočajo prevezo na več dni, kar je pomembno za celjenje rane. Uporaba sodobnih oblog pri oskrbi kronične rane zmanjša bolečino, zmanjša število obiskov patronažne medicinske sestre in pospeši celjenje rane. Kronične rane predstavljajo drag in izčrpavajoč zdravstveni problem s pomembnimi kliničnimi in socialnimi posledicami. Sodobna oskrba ran je tako izziv za mnoge zdravstvene delavce. Oskrba kroničnih ran zahteva celostni in pacientu prilagojen pristop, ki izhaja iz novih spoznanj obravnave kroničnih ran.

- Sodobna oskrba ran temelji na celjenju v vlažnem okolju. Raziskave so pokazale in dokazale, da je celjenje v takih pogojih bistveno hitrejše in bolj kakovostno kot celjenje v suhem okolju.
- To pomeni celovitejši pristop, ker ne opazujemo samo rane, ampak pacienta v celoti - z medicinskega, osebostnega in socialnega vidika (Majcen Dvoršak, 2004).

SODOBNE OBLOGE

Bistvene naloge sodobnih oblog za oskrbo rane so:

- vpijanje izločka in preprečevanje maceracije dna rane in okolne kože,
- vlaženje suhe nekrotične rane z namenom preprečiti izsušitev dna rane,
- vzdrževanje telesne temperature v rani,
- zaščita rane pred vdorom mikroorganizmov iz okolja,
- prepuščanje vodnih hlapov, kisika in ogljikovega dioksida - omogoča „dihanje”,
- zaščita novonastalega tkiva,
- ne povzročajo alergij,
- zmanjšajo neprijeten vonj iz rane,
- zmanjšajo bolečino,

- so cenovno ugodne.

Sodobni materiali predstavljajo nadomestek manjkajočega tkiva, namen njihove uporabe je v pripravi ležišča rane na pospešeno optimalno celjenje, to je za odstranitev nekroz, zmanjšanje vnetja in obremenitve rane z bakterijami (Parač, Triller, Smrke, 2004).

Po pravilih ZZS naj bi osebni zdravnik sam ali po navodilih zdravnika specialista predpisal priporočeno sodobno oblogo in število prevez. Ponekod se dogaja, da osebni zdravnik rane ne vidi ali pa ni dovolj odločen glede izbire optimalne rešitve, zato prepušča odločitev patronažni medicinski sestri. Zaradi praktičnega vidika in želje ustreči pacientu patronažna medicinska sestra prevzame odgovornost nase. Tukaj se potrjuje potreba po širjenju kompetenc medicinskih sester, ki so posebej izobražene za oskrbo kroničnih ran (Kunstič, Kutin, 2009).

TIMSKO DELO PRI OSKRBI KRONIČNIH RAN IN KOMUNIKACIJA V DOMAČEM OKOLJU

Za kvalitetno oskrbo pacienta s kronično rano je nujno timsko delo in dobra komunikacija med člani v timu. V timu so osebni zdravnik, specialist določenega področja, patronažna medicinska sestra, po potrebi se vključujejo še socialni delavci in drugi. Patronažna medicinska sestra sodeluje v zdravstvenem in negovalnem timu in je največkrat pobudnik za reševanje problemov. Patronažna medicinska sestra vzpostavlja komunikacijo med zdravstvenim timom, pacientom in družino. Patronažna medicinska sestra o stanju kronične rane obvešča izbranega zdravnika (osebnega, družinskega ali specialista) pisno ali po telefonu enkrat mesečno, ob kontroli ali poslabšanju rane. Če je pacient nepomičen, pa osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra opravita skupni obisk pacienta na domu. Za uspešno izvajanje zdravstvene nege kronične rane je pomembno usklajeno in poenoteno informiranje ter učenje pacienta znotraj celotnega tima.

Nedolgo nazaj je bila med ljudmi prisotna miselnost, da se rane ne smejo zaceliti. Veliko truda patronažne medicinske sestre vložimo v prepričanje pacientov, da je potrebno že najmanjšo rano strokovno oskrbeti. Težko je ljudem v domačem okolju dopovedati, da za čiščenje kroničnih ran zadošča primerno ogreta tekoča pitna voda ter nevtralno milo. Žal to še vedno v prenekateri hiši zaradi slabih bivanjskih pogojev ni možno.

Pri uporabi sodobnih oblog velikokrat naletimo na težavo, saj pacienti zaradi nepoznavanja teh oblog odklanjajo tak način oskrbe. S pravo mero znanja in izkušenj patronažna medicinska sestra pacienta pouči, seznanji o delovanju sodobnih oblog in motivira za oskrbo z novimi materiali. Tukaj se zopet pokaže moč dobre komunikacije, saj če si vzamemo dovolj časa in potrpljenja za pogovor in razlago s pacienti, ti postanejo dojemljivi tudi za novosti (Kreft Plajnšek, 2013).

DOKUMENTIRANJE OSKRBE KRONIČNIH RAN V DOMAČEM OKOLJU

Dokumentiranje v patronažni zdravstveni negi je ključnega pomena za oceno, vrednotenje, načrtovanje, kontinuiteto, kakovost in raziskovanje stroke, hkrati pa nam zagotavlja pravno zaščito. Zdravstvena nega pacienta s kronično rano na domu se dokumentira pisno, pri čemer se uporablja obrazec za oskrbo kronične rane. Še boljša in lažja ocena stanja kronične rane pa je, če poleg tega naredimo še zaris in fotografiranje rane. Z omenjenim načinom poteka spremljanje rane veliko bolj objektivno, tako pa lahko tudi transparentneje dokažemo izboljšanje oziroma poslabšanje stanja kroničnih ran. Zadnja dva načina sta po patronažnih službah v Sloveniji različno zastopana (Batas, 2007).

ZAKLJUČEK

Patronažne medicinske sestre, ki izvajamo oskrbo kronične rane v domačem okolju, delujemo v drugačnih okoliščinah in pogojih za delo kot tiste medicinske sestre, ki izvajajo oskrbo v bolnišnicah ali drugih zdravstvenih ustanovah. Naši pogoji so slabši zaradi neprimerne opremljenosti, čistoče, svetlobe, temperature ipd. Kljub temu pa moramo zagotoviti strokovno izvajanje oskrbe kronične rane pri pacientu, zato pri svojem delu doživljamo hkrati izzive in zadovoljstvo. Danes potrebujemo patronažne medicinske sestre vedno več znanja, tako na ozkem strokovnem področju, specializiranim v različnih aktivnostih in postopkih zdravstvene nege, kot tudi širše v smislu poznavanja zdravstvene in socialne zakonodaje, običajnih problemov družbe in problematike posameznika, družine in populacije. Patronažna medicinska sestra obravnava pacienta s kronično rano individualno in celostno, skupaj z njegovo družino na njegovem domu, kjer mora znati dobro opazovati, biti mora obzirna, se sposobna prilagajati vedno novim situacijam in razumeti stanja drugih ljudi. Patronažna medicinska sestra je tista, ki pacienta redno obiskuje in je najbolj seznanjena z njegovimi življenjskimi razmerami. Tako lahko najbolj realno oceni, kakšen način oskrbe kronične rane bi bil zanj najprimernejši glede na njegove psiho-fizične sposobnosti, njegov način življenja, stanovanjske razmere, zdravstveno stanje in prognozo. Prav je, da svoje ugotovitve in strokovne odločitve posreduje osebnemu zdravniku in da se skupaj odločita za najprimernejši način oskrbe kronične rane.

Oskrba kroničnih ran predstavlja medicinski, socialni, finančni in psihični problem za paciente, svojce in ostale izvajalce oskrbe pacienta s kronično rano. Zdravljenje je dolgotrajno, povezano z velikimi materialnimi stroški in spremenjenim načinom življenja. Pri zdravljenju kroničnih ran je potrebna dobra timska obravnava, ki mora biti prilagojena posamezniku.

LITERATURA

1. Andrenšek B. Vloga patronažne sestre pri oskrbi kronične rane. V: Smrke D (ur). Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, Portorož, 2-3. junij 2006. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center; 2006: 114-117.
2. Batas R. Dokumentiranje zdravstvene nege bolnika s kronično rano na domu. V: Gavrilov N (ur), Trček M (ur). Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana 2006-2007. Ljubljana: Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 2007: 346-348.
3. Jošar D. Pacient z varikoznim sindromom spodnjih okončin. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008.
4. Jošar D. Patronažna zdravstvena nega pacienta z vensko golenjo razjedo. V: Vanja V. (ur). Zbornik predavanj: Razjede na nogah; Društvo za oskrbo ran Slovenije; Kranjska Gora, marec 2009: 39 - 44.
5. Kreft Plajnšek D. Patronažna medicinska sestra in pacient z diabetičnim stopalom. V: Kohek M (ur). Zbornik predavanj 4. Pomurski simpozij o kronični rani, Murska Sobota. DMSBZT Pomurje in SB Murska Sobota; 2013: 64-66.
6. Kunštič N, Kutin P. Prenos kompetenc pri delu na terenu na diplomirane medicinske sestre. V: Horvat M in sod., (ur). Zbornik prispevkov seminarja Urgentna stanja v patronažnem varstvu, Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti; 2009: 21 - 24.
7. Majcen-Dvoršak S. Sodobna oskrba ran - zakaj in kako? V: Židanek S (ur), Tušek Bunc K (ur). Medicinsko tehnični pripomočki: Zbornik predavanj, 3. mariborski kongres družinske medicine, Maribor, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, SZD; 2004: 90 – 94.
8. Šušteršič O, Horvat M, Cibic D in sod. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega, nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. Obzor Zdr N 2006; 40: 247 - 52.

TIMSKI PRISTOP K OBRAVNAVI BOLNIKA S KRONIČNO RANO

Izr. prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med, specialistka družinske medicine
Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani,
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana,
marija.petek-ster@mf.uni-lj.si in ZD Trebnje,
Goliev trg 3, 8210 Trebnje
Majda Gačnik, diplomirana medicinska sestra v patronaži, ZD Trebnje,
Goliev trg 3,
8210 Trebnje

IZVLEČEK

V prispevku je obravnavan timski pristop k bolniku s kronično rano. Pri oskrbi rane, predvsem ko gre za bolnika, ki ga zdravimo na domu, tesno sodelujeta patronažna medicinska sestra in zdravnik družinske medicine, pogosto pa se pridružijo tudi specialisti različnih kliničnih strok ter drugi strokovnjaki s področja zdravstvenega in socialnega varstva. Če je le mogoče, je potrebno v obravnavo vključiti tudi bolnika in njegove svojce. Za celostno in med različnimi strokovnjaki usklajeno obravnavo je odgovoren zdravnik družinske medicine.

KLJUČNE BESEDE:

kronična rana, timski pristop, dolgotrajna oskrba, zdravnik družinske medicine, patronažna medicinska sestra.

UVOD

Bolniki s kroničnimi ranami so pogosto starejši in imajo številne spremljajoče bolezni in stanja, ki vplivajo na potek zdravljenja in sodelovanje bolnikov v procesu zdravljenja ter od zdravnika in zdravstvenega osebja zahtevajo celosten in v bolnika usmerjen pristop (1). Zdravljenje bolnikov s kroničnimi ranami je pogosto dolgotrajno in drago, zaradi posledic kroničnih ran, ki se kažejo predvsem kot bolečina in zmanjšana mobilnost, pa je zmanjšana kakovost življenja (2).

Timski pristop je na primarnem nivoju zdravstvenega varstva dokazano učinkovit, saj izboljša izide zdravljenja, zmanjša stroške, prispeva k zadovoljstvu bolnikov, zagotavlja kontinuiteto obravnave, poveča zadovoljstvo zaposlenih in prispeva k boljši izrabi človeških virov (3).

Zdravnik družinske medicine lahko s svojim timom, kjer ima zelo pomembno vlogo patronažna medicinska sestra in v zadnjem času tudi diplomirana medicinska sestra, v referenčni ambulanti ob sodelovanju z različnimi kliničnimi specialisti (dermatologom, angiologom, žilnim kirurgom in drugimi) zagotavlja celostno in dolgotrajno oskrbo bolnikov s kroničnimi ranami v domačem okolju. Poleg strokovnjakov s področja zdravstvenega varstva se v oskrbo bolnika s kronično rano v domačem okolju vključujejo tudi strokovnjaki s področja socialnega varstva, pogosto v obliki pomoči in nege starostnika na domu (4). Nikakor pa ne smemo pozabiti na bolnikovo družino, ki je pri oskrbi bolnika s kronično rano zelo pomembna. Včasih se v oskrbo osebo vključujejo tudi drugi (npr. sosedge, neformalna pomoč na domu). Nezdravstveno osebje pomaga skrbeti za socialne potrebe bolnika, pod nadzorom pa se lahko vsaj deloma vključuje tudi v oskrbo bolnikove rane.

POTREBE BOLNIKA S KRONIČNO RANO

V osnovi lahko potrebe bolnika s kronično rano razdelimo na zdravstvene in socialne potrebe, ki so pogosto posledica zdravstvenih težav, povezanih s kronično rano (npr. zmanjšana mobilnost).

ZDRAVSTVENE POTREBE

Kronična rana sama po sebi ni bolezen, ampak je odraz stanja, ki ima rano za posledico (5).

Kronična rana kot posledica stanja, katerega posledica je rana, zahteva zdravljenje osnovne bolezni (npr. sladkorne bolezni), obravnavo kronične rane ter obravnavo posledic, ki izvirajo tako iz osnovne bolezni, kot zapletov, ki so povezani z rano in njenim zdravljenjem (npr. obvladovanje bolečine, psiho-socialna podpora in obravnava depresij).

Pri oceni zdravstvenih potreb je potrebno oceniti zdravstvene potrebe, povezane s samo rano, ter zdravstvene potrebe, ki so privedle do nastanka rane oziroma so odgovorne za njeno vzdrževanje.

Med oceno splošnega zdravstvenega stanja sodi ocena stanja prehranjenosti, sposobnosti gibanja, ocena stopnje bolečine ter ocena stanja nadzora spremljajočih kroničnih bolezni (npr. sladkorne bolezni, kroničnega venskega popuščanja).

Zdravstvene potrebe, povezane z rano, zahtevajo oceno rane po naslednjih značilnostih rane:

- mesto rane - pomaga pri razločevanju med venskim oz. arterijskim ulkusom ali razjedo zaradi pritiska (preležanino),
- izgred rane – morebitna prisotnost lokalnih znakov vnetja, kot so rdečina v okolici razjede, hujša bolečina, obilnejši izcedek, neprijeten vonj izcedka,
- velikost rane,
- ocena rane glede na prisotnost nekrotičnih ali fibrinskih oblog in prisotnost morebitnih granulacij ter stopnje izcedka, kar je vodilo za izbiro oblog, ki jih bomo uporabili pri oskrbi rane,
- izgled okoliške kože.

Na osnovi celostne ocene zdravstvenega stanja in stanja rane določimo cilje bolnikove obravnave, upoštevajoč bolnikovo prognozo in kakovost življenja, ob tem pa je potrebno upoštevati tudi bolnikove prioritete.

Zastavljeni cilji obravnave so podlaga za oblikovanje tima strokovnjakov, ki ga bomo v oskrbo vključili. Cilji obravnave se lahko v procesu kroničnega zdravljenja spreminjajo, kar pa lahko ima za posledico spreminjanje sestave tima, ki za bolnika skrbi. Npr. pri bolniku, kjer je ob rani kot posledici sladkorne bolezni, za katero so prej skrbeli diabetolog v diabetičnem dispanzerju s svojim timom ter zdravnik družinske medicine s patronažno medicinsko sestro, prišlo do neznosnih bolečin, povezanih z ishemijo, je potrebno vključiti kirurga, ki bo ishemijo noge ali rešil z revaskularizacijo ali se bo odločil za amputacijo ishemičnega dela noge. Bolnik, ki je npr. potreboval podkolensko amputacijo noge, potrebuje rehabilitacijo ter tehnične pripomočke, ki mu bodo omogočali čim večjo samostojnost pri gibanju in dnevnih aktivnostih (npr. podkolensko protezo, bergle oziroma druge pripomočke za gibanje), ki jih bo določil specialist fiziater.

SOCIALNE POTREBE

Bolniki s kronično rano so pogosto slabo pokretni in vezani na gibanje v stanovanju ali pa so povsem nepomični (npr. bolnik po možganski kapi, ki je vezan na posteljo in ima rano zaradi

pritisaka). Ti bolniki pogosto potrebujejo pomoč pri ostalih dnevnihih aktivnostih, kot so umivanje, oblačenje, hranjenje, nakupovanje ...

Za bolnika, ki je pogosto starejši in potrebuje pomoč pri dnevnihih aktivnostih, si želimo, da čim dlje ostane v krogu svoje družine. Zaradi zahtevnosti nege in oskrbe bolnika s kronično rano je potrebno že v začetku obravnave predstaviti možnost vključitve služb, ki skrbijo za pomoč in nego na domu (3), da bi pri svojcihi preprečili pojav izgorelosti, ki se kaže kot sindrom negovalca. V okoliščinah, ko kljub zunanji pomoči ni mogoče zagotoviti zadovoljive nege v domačem okolju, pa je potrebno predlagati sprejem v dom starejših občanov (6).

TIMSKA OBRAVNAVA BOLNIKA S KRONIČNO RANO

Bolnika s kronično rano, predvsem če gre za bolnika, ki potrebuje zdravljenje na domu, ni mogoče obravnavati brez sodelavcev. Ob zdravniku družinske medicine, ki oceni bolnikove zdravstvene in socialne potrebe in oblikuje načrt zdravljenja, ki je za bolnika sprejemljiv, pri oskrbi sodelujejo tudi drugi člani zdravstvenega tima (7).

Ključno mesto pri oskrbi bolnika ima patronažna medicinska sestra, ki po navodilih zdravnika (zdravnik jo pooblasti z obrazcem »Delovni nalog«) samostojno izvaja oskrbo rane in spremlja bolnikovo stanje na domu, o katerem periodično in ob vsaki spremembi zdravstvenega stanja poroča zdravniku.

Patronažna medicinska sestra ima zelo pomembno vlogo tudi pri edukaciji bolnika in bolnikovih svojcev, ki lahko določena enostavnejša opravila glede nege rane ob nadzoru in spremljanju patronažne sestre izvajajo sami.

V primeru poslabšanja splošnega stanja bolnika ali bolnikove rane, ki ga je prepoznala patronažna sestra ali nas nanj opozorijo bolnikovi svojci, je ob dejstvu, če bolnik ni sposoben priti v ambulantno, potreben obisk na bolnikovem domu. Na hišnem obisku so slabše možnosti za pregled bolnika, a le-ta daje dragoceni vpogled v bolnikove socialne razmere in v pogovoru s svojci olajša oceno zmožnosti za oskrbo bolnika na domu. Koristno je, da obisk na bolnikovem domu skupaj opravita zdravnik in patronažna medicinska sestra, saj tako lažje poteka oblikovanje načrta zdravljenja in zdravstvene nega, olajšana pa je tudi nadaljnja medsebojna komunikacija o bolniku (8).

Včasih se stanje rane kljub vsej skrbnosti obravnave ne izboljšuje, na kar nas v primeru bolnikov, zdravljenih na domu, opozori patronažna sestra. Če sami ne uspemo razrešiti in obvladovati vzroka stanja (npr. kritična ishemija uda, kronično vensko popuščanje, potreba po kirurški odstranitvi mrtvine, sum na malignom v rani, neobvladana bolečina), je na mestu čim hitrejši pregled pri ustreznem specialistu. Včasih napotitev sicer ni »nujna« (v 24 urah), vendar pa je trimesečne čakanja za hitro napotitev odločno predlogo in je odločitev o nujnosti v korist bolnika.

Poslabšanje stanja rane s sistemsko okužbo, iztirjena sladkorna bolezen, napredujoča bolečina ob ishemiji spodnje okončine ali pa npr. pljučnica ob splošni oslabeledosti bolnika zahteva hospitalizacijo. Našteta stanja zahtevajo hitro ukrepanje, v obravnavo se vključi dežurni zdravnik, ki bolnika praviloma ne pozna in se v konkretni situaciji težje odloča. Razpoložljivost medinske dokumentacije, kjer je opisano stanje bolnika, vključno s kroničnimi boleznimi, funkcionalnim stanjem in redno terapijo ter opredeljenimi cilji zdravljenja, močno olajša odločitev o nadaljnjih ukrepihi napotnega zdravnika in obravnavo v bolnišnici.

Po odpustu iz bolnišnice zdravnik družinske medicine ponovno oceni stanje bolnika na osnovi odpustne dokumentacije in pregleda bolnika ter pogosto tudi na temelju pogovora z bolnikovimi svojci. O nadaljnjih postopkih obravnave bolnika se mora zdravnik pogovoriti tudi z ostalimi člani tima, predvsem s patronažno medicinsko sestro.

Poleg zdravstvenega dela oskrbe zdravnik in patronažna medicinska sestra pri obravnavi bolnika s kronično rano posredujeta tudi pri zagotavljanju socialne oskrbe, tako da svetujeta, kakšne so možnosti in postopki za ureditev pomoči na domu. V primeru izčrpanih možnosti v domačem okolju zdravnik družinske medicine predlaga in izpolni zdravniško potrdilo za sprejem v dom starejših občanov.

Potreba po pomoči in postrežbi je ena izmed pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja. Praviloma vlogo za dodatek za pomoč in postrežbo vloži zdravnik, lahko pa vlogo na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje predloži sam bolnik oziroma njegovi svojci.

TEŽAVE IN IZZIVI POVEZANI S TIMSKO OBRAVNAVO BOLNIKA S KRONIČNO RANO

Obravnava bolnika s kronično rano je običajno dolgotrajna, povezana s številnimi obiski v ambulanti ali na bolnikovem domu, zahteva usposobljenost in usklajenost zdravnika in medicinske sestre, sodelovanje bolnika oziroma bolnikovih svojcev, zaradi pogosto sočasno prisotnih spremljajočih bolezenskih stanj in slabšega imunskega odziva bolnikov so pogosto prisotni zapleti zdravljenja, ki zahtevajo napotitev k specialistu ali v bolnišnico. Zdravljenje bolnika s kronično rano je drago tako za zdravstveni sistem, kot za bolnika oziroma njegove svojce, saj si mora bolnik pogosto sam priskrbeti obloge za rane, kar pomeni, da sam oz. njegovi svojci nosijo stroške socialne oskrbe takšnega bolnika.

Izzivi za izboljšanje timske oskrbe bolnika s kronično rano

- Patronažne medicinske sestre so praviloma dobro usposobljene za oskrbo kroničnih ran, seznanjene so s sodobnimi oblogami in njihovo uporabo. Zdravniki družinske medicine do sedaj nismo posvečali veliko pozornosti izobraževanju za oskrbo bolnikov s kronično rano, tako da lahko pomanjkljivo znanje in veščine s področja oskrbe kroničnih ran predstavlja oviro pri boljši oskrbi bolnikov s kronično rano. Z izobraževanjem specializantov družinske medicine v sklopu specializacije (9) ter specialistov v sklopu stalnega podiplomskega usposabljanja za oskrbo kroničnih ran je mogoče izboljšati kompetentnost zdravnikov družinske medicine za oskrbo kroničnih ran in tako olajšati delo v timu.
- V tim, ki obravnava bolnika s kronično rano, je vsaj občasno potrebno vključiti specialiste različnih strok. V sistemu napotitev, ki ga imamo, se pojavlja problem pravočasne dostopnosti do ustreznega specialista, kar nas včasih prisili v uporabo instrumenta nujne napotitve. S triažnimi ambulantami, ki omogočajo hiter dostop do specialista, bi se izognili včasih neupravičenim nujnim napotitvam, oziroma predolgemu čakanju na pregled.
- Dobra dokumentacija, ki je na razpolago zdravstvenim delavcem, ki obravnavajo bolnika s kronično rano tudi v času dežurne in nujne službe, pripomore k izbiri za bolnika optimalne odločitve tudi zdravniku, ki bolnika ne pozna.
- Educiran bolnik in njegovi svojci so lahko v veliko pomoč pri timski obravnavi bolnika s kronično rano, saj bolnik, ki je seznanjen s svojo boleznijo in razume pomen ukrepov, ki jih priporočamo, veliko lažje in bolje sodeluje v zdravljenju (10).

- Ustrezna socialna podpora v okolju, v katerem bolnik biva, tako v smislu urejenih življenjskih pogojev kot zagotovljenih osnovnih življenjskih potreb je predpogoj za uspešno zdravljenje v domačem okolju. V kolikor v domačem okolju ni mogoče zagotoviti ustreznih pogojev za zdravljenje, je potrebno vključiti službe s področja socialnega varstva, da uredijo institucionalno varstvo. Še vedno pa se dogaja, da so postopki urejanja namestitve v socialno-varstvenem zavodu (npr. domu starejših občanov) zapleteni in počasni in se tako zgodi, da je sprejem v bolnišnico pri bolniku s kronično rano potreben zaradi pretežno socialne indikacije.

PRIKAZ PRIMERA


Novembra leta 2011 je takrat 50-letni S. A, po poklicu zidar, padel z balkona hiše, v kateri živi. Na kraj dogodka je prišla ekipa NMP ZD Trebnje, ki je ugotovila poškodbo hrbtenice. Pacienta so imobilizirali in ga z reševalnim vozilom ter v spremstvu dežurne zdravnice prepeljali v bolnišnico.

Po enajstih mesecih zdravljenja v bolnišnicah in rehabilitaciji v URI Soča se je pacient S. A. vrnil domov z naslednjimi diagnozami: tetraplegija, zlom 5. vratnega vretenca, fasetna dislokacija C3, C5, stanje po zlomu Th 10, arterijska hipertenzija, stanje po sepsi, decubitus sakralno levo in desno, kolonizacija z ESBL.

Iz dokumentacije je razvidno, da je imel pacient S. A. v času hospitalizacije več kroničnih razjed zaradi pritiska (RZP). 14. 2. 2012 je kirurg zapisal sledeče.

- Na desnem kolku je 5x4 cm veliko področje nekroze, ki danes še ni demarkirana.
- Na levem kolku je 4x3 cm veliko področje z demarkirano nekrozo.
- Nad križem je 7x7 cm veliko področje globlje nekroze, ki je deloma demarkirana. Vnetna reakcija v okolici RZP je zmerna (konec navedka).
- V mesecu februarju in marcu leta 2012 je bilo narejenih več nekrektomij z VAC drenažo. Ob rednih laboratorijskih preiskavah krvi in brisih ran se pri febrilnem pacientu uvede antibiotično zdravljenje.
- 20. 4. 2012 je bil v splošni anesteziji operiran. Napravljena je bila nekrektomija v predelu obeh trohantrrov in kritje defekta sakralno z VY režnjem.
- 17. 5. 2012 je bil ponovno operiran. Ponovno je bila narejena nekrektomija ter kritje defekta z režnjem. Pacientu so redno prevezovali rane in izvajali fizioterapijo.
- 28. 9. 2012 se je pacient vrnil v domače okolje. Žena se je oglasila pri pacientovi osebni zdravnici z odpustnim pismom in pri meni kot patronažni medicinski sestri, ki delam na tem območju. Dostavila mi je za planiranje zdravstvene nege zelo pomemben dokument, ki je prikazan na sliki 1, tj., odpustna dokumentacija zdravstvene nege.

Slika 1. Odpustni dokument zdravstvene nege.


Univerzitetni rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije - Soča
URI - Soča

ODPUSTNA DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NEGE

PACIENT:

Datum odpusta: 28.09.2012
Od kod je bolnik prišel: Infekcijska klinika
Sprejemna med.dg.: ... Tetraplegija
Alergije: ne navaja

SVOJCI oz.OBVESTITI:
Telefon:

LASTNI PRIPOMOČKI: počivalnik;

PREHRANJEVANJE IN PITJE:
DIETA: navadna- narezana
HRANA: Odvisen
PIJAČA: Odvisen

ODVAJANJE IN IZLOČANJE:
BLATO: Inkontinenten
Potrebuje odvajalo: da
Pogostost odvajanja: ... 2x tedensko
Zadnje odvajanje: 26. 09.2012
Način odvajanja: leže
Uporaba stranišča: ne
Kateter: silikonski
Zadnja menjava kat.: ... 10.09.2012
CH: 16

GIBANJE IN USTREZNA LEGA:
Samostojnost: Položaja v postelji ne menja samostojno
Pokretnost: z el. inv. voz., drugače ni pokreten
Transfer: Nesamostojen

SPANJE IN POČITEK: ... uspavala

OBLAČENJE IN SLAČENJE:
Zgornji del: Odvisen
Spodnji del: Odvisen
Nogavice: Odvisen
Obuvanje: Odvisen
Uporaba vezalk: Odvisen
Povijanje nog: Odvisen
Namesti pleničko: Odvisen

ČISTOČA IN NEGA TELESIA:
Obraz in roke: Odvisen
Ustna nega: Odvisen
Anogenitalna nega: Odvisen

Stran: 2

Kopanje, tuširanje: Odvisen

ORIENTACIJA:
Časovna: DA
Prostorska: DA

GOVOR: Normalen

SPORAZUMEVANJE: .. DA

ČUTILA:
Vid: Normalen
Sluh: Normalen

BOLEČINA:
Bolečina prisotna: DA
Lokacija bolečine: roke
Opis bolečine: ob dotiku, krči


KOŽA IN SLUZNICE:
Spremembe: na odvzemnem mestu
Obvezilni material: Euromed
Zadnja preveza: 28.09.2012

OSTALI PODATKI: - gospod je bil že par vikendov doma;
- koža zelo občutljiva , predvsem odvzemno mesto
- ESBL rektačno;
- sedežna bl. - izposojena v DT, do prevzema lastne,
- medikamentozna th:- glej odpustnico;

Kontaktna oseba v IRRS: vms Zdenka D. Vesel
Oddelek: BO za rehabilitacijo pacientov z okvaro hrbtenjače
Telefonska številka: 01/ 4758 375, 374

DATUM: 27.09.2012

PODPIS SESTRE: Dimnik Vesel Zdenka



Vir: URI Soča.

Na patronažnem obisku, kjer je bila poleg pacienta doma tudi žena, sem ugotovila, da se po enajstih mesecih zdravljenja in medicinske oskrbe pacient vrača v domačo oskrbo. Pacientova žena je morala že naslednji dan v službo, saj je v družini edina, ki preživlja sebe, moža in še tri šoloobvezne otroke. Kot začasno in hitro rešitev sem ji svetovala laično negovalko, ki so organizirane preko DSO Trebnje. Polovico njihovega dela plača uporabnik, polovico Občina Trebnje.

Pacient je bil zelo vesel, ker je zopet doma. V ZRI Soča so mu pomagali pri pripravi domačega okolja z medicinsko-tehničnimi pripomočki. Negovalno posteljo na elektromotorni pogon z ROHO blazino in ograjicama ima nameščeno v dnevni sobi. Ima sobno dvigalo z bandažo, toaletni stol na kolesih in sedežno ROHO blazino. Predpisali so mu tudi opornico za zmanjševanje flektorne kontrakture v levem komolčnem sklepu, ki jo je pacient dobil kasneje. Pacient je prav tako naknadno prejel lastni invalidski voziček na elektromotorni pogon za zelo težko gibalno ovirane osebe ter krmarjenje s specialno krmilno enoto z brado in mizico. Do takrat je uporabljal počivalnik, ki so ga priskrbeli svojci v lastni režiji.

Zdravnik je v odpustnem pismu zapisal: »Ob odpustu v klinični sliki ostaja tetraplegija, hotena aktivnost se je sicer nekoliko izboljšala v proksimalnih mišičnih skupinah zgornjih udov, vendar ostaja nezadostna za funkcijske gibe oz. upravljanje elektromotornega invalidskega vozička. V distalnih mišičnih skupinah kontrakcij še vedno ni moč izzvati. Ob zaključku ni bistvenega izboljšanja mišične moči. Nekaj več gibanja je le v lopaticah in ramenskem obroču. Izboljšala se je tudi moč mišic v komolcih, levo je sicer še vedno prisotna omejena gibljivost v komolcu, bolnik pa je za raztezanje prejel posebno ekstenzijsko ortozo za nadaljevanje treninga v domačem okolju. Obsegi gibljivosti so na zgornjih udih še vedno zmanjšani v smeri antefleksije ter elevacije, abdukcije in notranje ter zunanje rotacije obeh rok. Tudi na spodnjih udih ostaja omejitev gibljivosti v kolenskih in kolčnih sklepih v vseh smereh, posebej v kolčnih sklepih gre ta omejitev na račun heterotopnih osifikacij. Bolnik je treniral vertikalizacijo na nagibni mizi, imel je tudi program FES. Velik problem pri bolniku še vedno predstavlja povišan mišični tonus, zmanjšan obseg gibljivosti in kontrakture.«

Na patronažnem obisku ugotovim, da je ostal pacient, kar se tiče dnevnih aktivnosti, popolnoma odvisen od pomoči in postrežbe drugih oseb. Potrebuje pomoč pri negi obraza, telesa, oblačenju, slačenju, tuširanju, različnih transferjih, prav tako ne more sam zaužiti pripravljene obroka in potrebuje hranjenje druge osebe. Svetujem uživanje zdrave, narezane hrane.

Pacient je inkontinenten za vodo in blato. Ima vstavljen stalni urinski kateter, zadnja menjava je bila opravljena 10. 9. 2012. Ima silikonski kateter CH 16, v domačem okolju se priporoča menjava na 2-3 mesece. Glede odvajanja blata pacient potrebuje odvajala 2-krat tedensko in sicer Dulcolax supp. kot tudi Dulcolax dražeje oz. odvajalni čaj.

Koža pacienta je čista, suha. Brazgotine so po številnih operacijah brez posebnosti (bp). Nogi nista otečeni.

Na stegnu leve noge je imel rano na odvzemnem mestu, ki je bil uporabljen za kritje RZP. V bolnišnici so pri oskrbi rane uporabljali Euromed.

Prisotna je bila RZP sakralno. Rana je bila sveža, velika 4x5 cm in globoka 4 cm. Okolica rane je bila bp. Zadnja preveza je bila narejena na dan odpusta, zato na patronažnem obisku naredim prevezo rane na stegnu in sakralno.

Pri pacientu je bila dokazana okužba z ESBL rektalno, ki je perzistirala do zaključka medicinske rehabilitacije.

Pacient je v času mojega prvega patronažnega obiska komunikativen, časovno in krajevno orientiran. Normalno vidi in sliši. Žena je bila zaskrbljena, kako bo zmogla reševati nastale probleme.

Ženi sem poskušala pomagati z občutkom, da jo razumem; da ima pred sabo res težko in odgovorno nalogo. Zagotovila sem ji, da se bova z osebno zdravnico kar se da vključili pri reševanju njenih oz. pacientovih vsakodnevnih težav. Družini sem pustila svojo številko prenosnega telefona, da me v primeru kakršnih koli težav ali vprašanj pokličejo.

Še isti dan sem se povezala s socialno delavko v DSO v Trebnjem. Dogovorili sva se, da bom naslednji dan opravila obisk z laično negovalko zaradi edukacije nege in ravnanjem s pacientom – tetraplegikom ter uporabo medicinsko-tehničnih pripomočkov in pripomočkov za nego.

O stanju bolnika sem obvestila tudi pacientovo osebno zdravnico, ki mi je izdala delovni nalog za izvajanje nege na domu. Veljavnost delovnega naloga je predpisala za dvanajst mesecev; obiske naj bi opravljala od dnevno do 1-krat mesečno. Naročila je naslednje storitve: preveze ran, kontrolo krvnega tlaka, odvzem krvi, urina in drugega materiala za laboratorijske preiskave, aplikacije injekcij ter drugih storitev po dogovoru z njo.

Naslednji dan sem opravila obisk pri pacientu skupaj z laično negovalko, ki je zelo hitro osvojila ravnanje s pacientovimi pripomočki in z njim samim. Poučila sem jo o pomenu izvajanje dobre nege posameznega dela telesa. K pacientu je prihajala vsako jutro za dve uri.

Dan za tem sva skupni obisk opravili tudi s pacientovo osebno zdravnico. Obisk je bil zelo prisrčen, saj sta se dobro poznala že iz obravnav pred poškodbo. Toda položaj tistega dne je bil čisto drugačen; sedaj je bil pacient tetraplegik, popolnoma odvisen od tuje pomoči in postrežbe. Zdravnica se je seznanila s pacientovim zdravstvenim, socialnim in ekonomskim stanjem. Že v naslednjih dneh se je povezala z Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Novo mesto, a mi je žal sporočila, da iz naslova pokojninskega in invalidskega zavarovanja pacient ne bo mogel uveljavljati ničesar, ker ima premalo delovne dobe.

V mesecu oktobru sem opravljala redne patronažne obiske 3-krat tedensko s prevezo rane na odvzemnem mestu na stegnu in RZP sakralno. Rana na stegnu se je po šestih prevezih zacelila, ostala je še RZP sakralno. Ves čas sem izvajala tudi zdravstveno vzgojo o pomenu nege telesa, redni prehrani in pitju tekočine. Na CSD Trebnje sem vložila vlogo za enkratno socialno pomoč družini.

21. 11. 2012 sem opazila, da je RZP sakralno prekrita s črno nekrozo. O stanju sem obvestila pacientovo osebno zdravnico. Odločili sva se za uporabo gela za topitev nekroze. Ugotovila sem, da pacient premalo pije, saj tekočino v kozarcu le opazuje, ne more pa kozarca prijeti in piti. Na velik list sem napisala: »Vsak, ki me obišče, naj mi ponudi tekočino. Žejen sem!«

Ob patronažnem obisku 18. 12. 2012 se je pri pacientu pojavila povišana temperatura. O stanju sem obvestila osebno zdravnico, ki je naročila odvzem krvi in urina za laboratorijske preiskave ter bris rane. Na podlagi izvida in pregleda pacienta je postavila diagnozo ter predpisala antibiotik.

Na naslednjih patronažnih obiskih sem temeljito izpirala rano in naredila njeno toaletto. Iz rane je smrdelo. V rano sem vstavila Allevin Cavity. (Pri svojem delu imam možnost uporabe sodobnih oblog za oskrbo ran, ki jih v večini nabavlja zdravstveni dom, nekaj pa tudi pacienti sami. Za pravilno uporabo in izbiro le-teh se je potrebno nenehno izobraževati ter slediti smernicam pri oskrbi ran.)

Pacient je antibiotik redno jemal. Po nekaj dneh je padla telesna temperatura, a postal je apatičen, nezainteresiran za dogajanje okoli sebe. Kot patronažna medicinska sestra sem prvič čutila svojo veliko nemoč. Opravila sem pogovor s pacientovo ženo. Svetovala sem ji, da bi laična negovalka prihajala še okoli dvanajstih, ker njen mož ne sme biti toliko časa sam.

Uspela sem. Zdravstveno stanje pacienta se je izboljševalo. Proces v rani se je umirjal in smrdeči izcedek iz rane je izginjal. O pacientovem zdravstvenem stanju in težavah sem redno obveščala pacientovo osebno zdravnico.

7. 2. 2013 je bil za pacienta S. A. rešilni dan. V reševanje problematike tetraplegika se je vključila tudi Zveza tetraplegikov Slovenije. Zveza se je javila na razpis o zaposlitvi za opravljanje

javnih del in imenovani pacient je dobil osebno asistentko (le-to si je izbral sam izmed desetih kandidatk).

Sklenjena je bila pogodba za opravljanje javnih del v programu Pomoč in varstvo za invalide, v okviru katerega bo udeleženec opravljal delovne naloge osebnega asistenta, ki so vezane na fizično pomoč uporabnikom pri vseh življenjskih potrebah. Osebni asistent izvaja naslednja opravila: osebna nega (odvajanje, umivanje, kopanje, oblačenje/slačenje), pomoč pri hranjenju in pitju, pomoč pri jemanju zdravil, pomoč pri uporabi stranišča in opravljanju fizioloških potreb, izvajanje določenih fizioterapevtskih postopkov, pomoč pri uporabi medicinsko-tehničnih, tehnično-komunikacijskih pripomočkov, transfer iz vozička na posteljo in obratno (tudi s pomočjo dvigala), obračanje v postelji, pomoč pri hišnih in gospodinjskih opravilih (vzdrževanje prostorov, v katerih uporabnik živi, pospravljanje, čiščenje, kuhanje - z uporabnikom ali za uporabnika), pomoč pri mobilnosti (vožnja osebnega, prilagojenega vozila, spremljanje pri vsakodnevnih aktivnostih, ohranjanje socialnih stikov (obiski pri osebnem zdravniku, prosti čas, nakupi, družabni dogodki), socialno vključevanje, komunikacija, pomoč na delovnem mestu ter izobraževanju (uporaba računalnika, telefona, televizije in podobno).

S prihodom osebne asistentke k pacientu A. S. se je kvaliteta življenja družine, zlasti pa pacientove žene, zelo izboljšala. Dneve odvajanja blata sta premaknila na torek in petek in s tem je vikend bolj prijeten (»Sedaj pri nas ne smrdi,« so mi rekli otroci). Pacient je bolje prehranjen in hidriran. Zelo lepo je negovan. Preko Zveze paraplegikov si je osebna asistentka pridobila znanje masaže in razgibavanja pacientov.

Družinska zdravnica redno vodi in predpisuje zdravila, naročilnice za plenice in posteljne predloge ter urinske vrečke. Pacienta pogosto obiščeva skupaj, zlasti ob redni menjavi urinskega katetra.

Kot patronažna medicinska sestra pacienta obiskujem 3-krat tedensko, kjer izvajam prevezo RZP sakralno. Le-ta se je zelo zmanjšala in je trenutno velika 1,5x1 cm in globoka 1 cm. Rana je brez sekrecije, okolica rane je zdrava koža.

9. 10. 2013 je bil pacient zaradi neuspele menjave urinskega katetra z reševalnim vozilom (RV) prepeljan v SB Novo mesto. Bil je hospitaliziran. Naslednji dan, ko se je z RV vrnil domov, sem ga ponovno obiskala. Opazila sem RZP na peti desne noge. Rana je bila velika 5x5 cm, prekrita s črno nekrozo. O stanju pacienta sem takoj obvestila osebno zdravnico. Le-ta se je drugi dan povezala s kirurgom, ki je naredil nekrektomijo.

ZAKLJUČEK

Zdravljenje bolnika s kronično rano zahteva celosten in k bolniku usmerjen pristop, upoštevajoč bolnikove zdravstvene in socialne potrebe, ki so podlaga za izdelavo načrta za bolnikovo obravnavo. Za uspešno obravnavo bolnika s kronično rano je nujno sodelovanje med bolnikom, bolnikovimi svojci, zdravstvenim timom, ki skrbi za bolnika s kronično rano in ga koordinira zdravnik družinske medicine ter - če je potrebno - še s strokovnjaki s področja socialnega varstva.

KONFLIKT INTERESOV

Gospod S. A, ki smo ga v prispevku predstavili, je dal soglasje za predstavitev na strokovnem izobraževanju, ki ga organizira Društvo za oskrbo ran Slovenije v soorganizaciji Združenja zdravnikov družinske medicine v Portorožu.

LITERATURA

1. Petek Šter M, Švab I. Bolnik s sočasnimi boleznimi v družinske medicine. *Med Razgl* 2008; 47: 205-11.
2. VanDerKerkhof E, Hopman WM, Carley ME, Kuhne JL, Harrison MB. Leg ulcer nursing care in the community: a prospective cohort study of the symptom of pain. *BMC Nursing* 2013; 12:3. Dosegljivo na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/3>.
3. Jaruseviciene L, Liseckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapao LV. Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania. *BMC Fam Pract* 2013; 14:118. Dosegljivo na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/118>
4. Pomoč družini. Dosegljivo na: http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/pomoc_druzini/. Dostop 2. 12. 2013.
5. Dean S. Leg ulcer. Causes and management. *Austr Fam Physic* 2006; 35: 480-4.
6. Kolšek M, Petek Šter M. Vloga zdravnika družinske medicine pri obravnavi okužb v domovih starejših občanov. V: Beović B. (ur), Strle F. (ur), Tomažič J. (ur). Okužbe pri starostnikih : novosti. Ljubljana: Sekcija za protimikrobno zdravljenje SZD: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center: Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, 2010, str. 125-135.
7. Drešček M, Ilijaž R. Organizacija oskrbe bolnika. V: Švab I, Rotar Pavlič D, (ur). *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, Ljubljana, 2012: 145-56.
8. Kravos A. Oskrba na domu. V: Švab I, Rotar Pavlič D, (ur). *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, Ljubljana, 2012: 207-14.
9. Little SH, Menawat SS, Worzniak M, Feters MD. Teaching wound care to family medicine residents on a wound care service. *Advances in Medical Education and Practice* 2013; 4: 137-44.
10. Petek Šter M. Adherenca pri zdravljenju kroničnih bolnikov. *Med Razgl* 2010; 49 (Supl 1): 157-61.

SMERNICE PREPREČEVANJA RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Anita Jelen, mag. zdr. nege, ET
Svetovalna služba zdravstvene nege
UKC Ljubljana
anita.jelen@kclj.si

IZVLEČEK

Razjeda zaradi pritiska je kazalnik kakovosti, kar pomeni, da je za izboljševanje kakovosti v kateremkoli zavodu potrebno ta pojav spremljati in meriti. Najboljša zdravstvena oskrba razjede zaradi pritiska je njeno preprečevanje. V prispevku so opisani postopki v preprečevanju razjede zaradi pritiska, ki so povzeti po mednarodnih smernicah združenja European Pressure Ulcer Advisory Panel in National Pressure Ulcer Advisory Panel.

KLJUČNE BESEDE:

razjeda zaradi pritiska, preprečevanje, kazalnik kakovosti, smernice.

UVOD

Razjeda zaradi pritiska je lokalizirana poškodba kože in ali spodaj ležečih tkiv, ponavadi nad kostnimi štrlinami, povzročena zaradi pritiska ali kombinacije pritiska in strižnih sil (EPUAP in NPUAP, 2009).

Razjeda zaradi pritiska (v nadaljevanju RZP) postane od trenutka, ko nastane, zdravstveni, socialni in finančni problem, ki pacientu zmanjša kakovost življenja. Pogosto nastane pri pacientih, ki se daljše časovno obdobje ne morejo gibati zaradi bolezni ali poškodbe.

RZP je kazalnik kakovosti, ki je merljiva lastnost in kaže stopnjo kakovosti zdravstvene oskrbe in se uporablja kot vodilo ter ocena za izboljševanje zdravstvene oskrbe pacientov, zdravstvenih in podpornih storitev in delovanja zdravstvene organizacije (Canadian Council on Health Services Accreditation, 1996, cit. po Robida, 2009).

Eden od načinov spremljanja uspešnosti protokolov preprečevanja RZP in ponekod v tujini tudi zagotavljanja pravične uporabe shem finančnih spodbud ali kazni je točna ocena prevalence in incidence RZP. V ta namen se izvajajo epidemiološke študije o obstoječih RZP oziroma prevalenčne študije RZP (Baharestani et al., 2009).

V Sloveniji še ni bilo narejene nacionalne prevalenčne študije RZP, prav tako tudi ni bilo izmerjene prevalence RZP v domovih za starejše občane, kakor tudi ne prevalence RZP pacientov v domači oskrbi, zato nimamo podatkov o tem, kako velik problem predstavlja RZP v Sloveniji in kakšni so seveda posledično stroški zdravljenja RZP. Edina prevalenčna študija RZP v Sloveniji, ki je bila objavljena (Jelen, 2013), je presečna prevalenčna študija RZP v Univezitetnem kliničnem centru Ljubljana leta 2012 ter v bolnišnici Golnik (Kadivec, 2000).

Preprečevanje RZP je ključni del načrtovanja in izvajanja kakovostne zdravstvene nege. Veliko RZP se lahko prepreči z dobro strategijo preprečevanja RZP ter dovolj izobraženim in usposobljenim zdravstvenim osebjem.

Za dobro in učinkovito preprečevanje RZP je najprej potrebno ta pojav izmeriti in na podlagi izmerjenega pojava izdelati program preprečevanja le-tega. V Sloveniji so sedaj na razpolago

mednarodne smernice preprečevanja RZP, ki jih je izdalo združenje EPUAP/NPUAP in so bile prevedene v Društvu za oskrbo ran Slovenije (DORS).

POLITIKA OCENJEVANJA TVEGANJA ZA NASTANEK RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Med kriterije za ocenjevanje tveganja za nastanek RZP sodijo:

- izdelan protokol ali klinična pot,
- usposabljanje,
- dokumentiranje (EPUAP in NPUAP, 2009).

V protokolu ali klinični poti naj bodo jasno izdelana priporočila za sistemski pristop k ocenjevanju tveganja. V njem naj bo navedeno, v kolikšnem času po sprejemu pacienta mora biti izvedena prva ocena tveganja, kakšna je frekvenca ocenjevanja, vzpostavljen mora biti sistem dokumentiranja, zagotovljena kontinuirana zdravstvena obravnava ter izdelan sistem zbiranja podatkov in poročanja širšemu zdravstvenemu timu.

Zdravstveni delavci se morajo permanentno izobraževati, seznanjeni morajo biti o natančnem in zanesljivem načinu ocenjevanja tveganja za nastanek RZP.

Vse izvedene ocene tveganja za nastanek RZP morajo biti dokumentirane. Dokumentiranje zagotavlja komunikacijo znotraj multidisciplinarnega tima, varno zdravstveno oskrbo ter služi kot merilo za spremljanje napredka pri posamezniku oziroma ovrednotenje izvedenih intervencij in izidov le-teh (EPUAP in NPUAP, 2009).

IZVAJANJE OCENE TVEGANJA ZA NASTANEK RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Ocena tveganja za nastanek RZP se izvaja po protokolu z uporabo lestvice za oceno tveganja za nastanek RZP v kombinaciji s celovito oceno kože in klinično oceno. Z raziskavami je bilo potrjeno, da izvajanje ocene tveganja za nastanek RZP po protokolu, dosledna zdravstvena nega kože, standardi zdravstvene nege in strokovno izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev pripomorejo k zmanjšani incidenci RZP (EPUAP in NPUAP, 2009).

Ocena tveganja za nastanek RZP se izvaja vedno ob sprejemu ter nadaljuje glede na individualno oceno tveganja in zdravstveno stanje pacienta. Frekvenca ocenjevanja se spreminja glede na zdravstveno stanje pacienta (EPUAP in NPUAP, 2009).

V akutni zdravstveni obravnavi je potrebno oceno tveganja nastanka RZP narediti ob sprejemu in jo nato ponavljati vsak dan in ob vsaki spremembi kategorije zdravstvene nege ali po operativnem posegu, premestitvi pacienta v intenzivno nego in terapije, pri spremembah v prehranskem statusu ali gibanju in pri spremembah v načrtu zdravstvene nege (NPUAP, 2007).

Pri dolgotrajni zdravstveni obravnavi se ocena tveganja nastanka RZP izvaja ob sprejemu varovanca/stanovalca, nadaljnje 4 tedne 1-krat tedensko, nato vsake 3 mesece oziroma kadarkoli se stanje varovanca spremeni (NPUAP, 2007).

Pri zdravstveni obravnavi na domu se ocena tveganja nastanka RZP izvaja pri prvem pregledu in nato pri vsakem obisku patronažne medicinske sestre (NPUAP, 2007).

Glede na oceno ogroženosti pacienta se izdela individualni načrt preprečevanja RZP. Pri pacientu se ocenjujejo:

- splošno zdravstveno stanje,

- akutne, kronične in terminalne bolezni,
- stanje zavesti,
- senzorno zaznavanje,
- prisotnost infekcije, sepse,
- njegova aktivnost in gibljivost,
- celovita ocena kože,
- kazalniki prehranjenosti – anemija, hemoglobin, proteini v serumu, vnos hrane in telesna teža,
- kazalniki cirkulacije in oksigenacije – diabetes, kardiovaskularna obolenja, zdravljenje z noradrenalinom, nizek krvni tlak, gleženjski indeks, zdravljenje s kisikom,
- vlažnost kože – ali je suha ali izpostavljena odvečni vlagi,
- inkontinenca,
- starost,
- zdravila,
- psiho-socialni dejavniki,
- trenje in strižne sile,
- telesna temperatura (EPUAP in NPUAP, 2009; Queensland Health Patient Safety Centre, 2009).

CELOVITA OCENA KOŽE IN VZDRŽEVANJE ZDRAVE KOŽE

Vzdrževanje zdrave in celovite kože je ključnega pomena pri preprečevanju RZP. Normalen pH kože je od 4 do 6,8. Pomembno je, da se ohrani naravna kislost kože in naravni zaščitni plašč, saj ta varuje kožo pred vdorom in razrastjo patogenih bakterij. Za ohranitev zdrave in celovite kože je pomembno, da se redno pregleduje in ocenjuje (EPUAP in NPUAP, 2009).

Ocenjevanje kože se izvaja po protokolu zdravstvene nege ocenjevanja kože. Priporočila morajo vsebovati frekvenco pregledovanja in ocenjevanja kože, katera mesta se pregledujejo in ocenjujejo, kako se dokumentira ocena kože in kakšen je način poročanja širšemu zdravstvenemu timu.

Zaposleni na področju zdravstvene nege morajo poznati pravilno tehniko pregledovanja kože. Poudarek v učenju pregledovanja kože je predvsem v tem, da zaposleni pravočasno zaznajo rdečino, ki pobledi, prisotnost lokaliziranega vročega predela, oteklino, zatrdlino. Posebno pozornost velja nameniti pacientom, ki imajo temnejšo kožo. Vse naštete spremembe kože predstavljajo nevarnost nastanka RZP, zato jih je treba pravočasno prepoznati.

Pri opaženih prisotnih spremembah je potrebno povečati frekvenco pregledovanja in ocenjevanja kože, kar je zelo pomembno za zgodnje odkrivanje RZP.

Prav tako je pomembno ocenjevanje bolečine in morebitno neudobje, kajti bolečina je dober pokazatelj, ki nakazuje razvoj RZP.

Opazovati je potrebno predele, kjer imajo pacienti nameščene medicinske pripomočke. Če ima pacient dren, urinski kateter, kisikova očala ali masko, tubus, ortozo, opornico, antitrombotične nogavice, je treba ta mesta redno pregledovati.

Vse ocene kože je potrebno dokumentirati, beležijo se vse podrobnosti, morebitna bolečina. Pravilno izpolnjena dokumentacija je ključna pri ocenjevanju napredka pri pacientu oziroma ovrednotenju načrtovanih in izvedenih postopkov ter v komunikaciji v zdravstvenem timu in kontinuirani zdravstveni negi (EPUAP in NPUAP, 2009).

Vzdrževanje zdrave kože vključuje naslednje dejavnosti:

- redno izvajanje osebne higiene – posteljne kopeli, intimna nega,
- redno menjavanje osebne in posteljne perila – paziti je potrebno, da ni zgubano ali pomečkano zaradi robov, ki izvajajo dodatni pritisk,
- izogibanje pritisku na pordelih mestih – če je le mogoče, se pacienta nikoli ne obrača na mesto, ki je že pordelo,
- masaža ni priporočljiva – masaža je kontraindicirana pri prisotnem akutnem vnetju in kjer obstaja možnost poškodbe žil, to je pri krhki koži; ne priporoča se v strategiji preprečevanja RZP,
- drgnjenje kože se ne sme izvajati – to lahko povzroči bolečino, poškodbo kože, vnetno reakcijo, zlasti pri slabotnih starostnikih,
- priporoča se uporaba vlažilnih krem ali losjonov – še posebej pomembno pri pacientih, ki imajo suho kožo,
- zaščita kože pred čezmerno vlago – uporaba izdelkov za zaščito kože (polprepustni poliuretanski filmi), ki ne spremenijo mehanskih lastnosti kože (temperatura, potrebna vlaga), uporaba primernih inkontinenčnih pripomočkov (EPUAP in NPUAP, 2009).

OCENJEVANJE PREHRANJENOSTI TER PRAVILNO PREHRANJEVANJE

Za ocenjevanje prehranjenosti morajo biti na voljo preprosta orodja. Izvajajo se presejalni testi ocene prehranjenosti, ki morajo biti veljavni in zanesljivi.

Če je ugotovljena malnutricija ali kakršnokoli prehransko tveganje, je potrebno pacientu zagotoviti specialista dietetika (to je lahko tudi zdravnik ali medicinska sestra s specializacijo iz klinične dietetike), ki mu bo predpisal potrebno prehransko podporo.

Zagotavljanje prehranske podpore se izvaja pri vseh pacientih, kjer je ugotovljeno prehransko tveganje. Ciklično se izvajajo:

- ocena prehranjenosti,
- ocena prehranskih potreb,
- primerjava vnosa hranil s predvidenimi potrebami,
- zagotovljena ustrezna prehranska pot,
- spremljanje in vrednotenje prehranskih izidov, vnovična ocena prehranjenosti v kratkih časovnih presledkih (EPUAP in NPUAP, 2009).

Pri pacientih s tveganjem za nastanek RZP je potrebno zagotoviti primerno enteralno prehrano in ustrezno hidracijo ter slediti naslednjim prehranskim ciljem:

- minimalno 30 do 35 kcal/kg telesne teže na dan,
- 1,25 do 1,5 g beljakovin/kg telesne teže na dan,
- 1 ml tekočine/kcal na dan (EPUAP in NPUAP, 2009).

OBRAČANJE TER ZMANJŠEVANJE PRITISKA, STRIŽNIH SIL IN TRENJA

Daljši pritisk na enem mestu lahko povzroči poškodbo tkiva, zato je zelo pomembno, da se izvajajo dejavnosti, povezane z obračanjem, kot tudi samo obračanje. Paciente je potrebno spodbujati k čim večji aktivnosti, gibanju in obračanju, tistim, ki se ne zmorejo več sami obračati, pa je treba razložiti pomen pogostega obračanja. Paciente, ki se ne morejo sami obračati, je potrebno obračati v primernih časovnih presledkih, da se zmanjšajo pritisk in strižne sile. Pri

obračanju je treba upoštevati zdravstveno stanje pacienta in vrsto razbremenilne blazine, če jo seveda ima (EPUAP in NPUAP, 2009).

Frekvenca obračanja je individualna. Odvisna je od pacientovega zdravstvenega stanja, ki ga določajo njegova odpornost tkiva, njegova sposobnost gibanja in stopnja aktivnosti, vrsta zdravljenja in cilji zdravljenja ter stanje kože. Na frekvenco obračanja vplivajo tudi vrsta razbremenilne (antidekubitusne) blazine, na kateri leži, in njene lastnosti. Če pri pacientu niso bili doseženi pričakovani cilji, je treba razmisliti o režimu obračanja (ali pacienta dovolj pogosto obračamo, ali uporabljamo pravilno tehniko obračanja).

Obračanje prispeva k udobju pacienta, dostojanstvu in funkcionalni sposobnosti. Pacienta se obrača na način, da se pritisk zmanjša ali se ga prerazporedi. Pri premeščanju se priporoča uporaba pripomočkov za zmanjševanje trenja in strižnih sil (pacienta ne vlečemo, uporaba dvigal, plošč za premeščanje). Kožo je potrebno zaščititi pred trenjem, pritiskom in strižnimi silami z zaščitnimi oblogami (uporaba poliuretanskih filmov, tankih hidrokolidov). Paziti je treba, da se pacienta ne obrača neposredno na medicinske pripomočke, če jih ima (drenaže, katetri in podobno), kot tudi ne na predel, kjer je že prisotna rdečina.

Pri obračanju se uporablja 30-stopinjski bočni položaj, in sicer izmenično levo, hrbet, desno. Izogibati se je treba 90-stopinjskemu bočnemu položaju, ker je v tem položaju prevelik pritisk na trohanter, prav tako pa tudi polsedečemu položaju. Dvignjenega vzglavja za več kot 30 stopinj se ne priporoča.

Paciente, ki še lahko dvignejo lastno težo, je treba poučiti, da pri sedenju spremenijo položaj vsakih 15 minut. Pacientom, ki ne zmorejo sami zamenjati položaja pri sedenju v vozičku ali stolu, je potrebno spremeniti položaj vsako uro. Pri sedečih pacientih sta pomembni pravilna drža in opora pod nogami in rokami. Na invalidski voziček se vedno namesti preventivna razbremenilna sedežna blazina.

Pete se razbremenjujejo z blazinami ali klinastimi kosi pene. Blazina se podloži od kolena do gležnja. Pete so privzdignjene, kolena so rahlo upognjena, da ne pride do stisnjenja poplitealne vene in posledično do globoke venske tromboze.

Obračanje se vedno dokumentira, beleži se režim obračanja (frekvenca oziroma urnik obračanja in lega), vključno z izidi zdravstvene nege režima obračanja.

Zaposlene na področju zdravstvene nege se redno uči ter usposablja o vsebinah o pomembnosti razbremenjevanja pritiska in vlogi pritiska na nastanek RZP kot tudi o pravih tehnikah obračanja, uporabi in dostopnosti pripomočkov za razbremenitev pritiska (EPUAP in NPUAP, 2009).

UPORABA RAZBREMENILNIH BLAZIN IN LEŽIŠČ

Pacientom, ki so ocenjeni, da imajo tveganje za nastanek RZP, je potrebno v štirih urah po sprejemu zagotoviti razbremenilno blazino, glede na stopnjo tveganja. Pri izbiri prave podporne površine za razbremenitev pritiska oziroma prave razbremenilne blazine ali ležišča je treba upoštevati več dejavnikov:

- aktivnost pacienta in njegovo sposobnost premikanja,
- pacientovo oceno tveganja za nastanek RZP,
- lego in stopnjo že obstoječih RZP,
- ali je prevleka na blazini neprepustna za tekočine,
- ali blazina zmanjšuje strižne sile in trenje,

- omejitve blazine glede na minimalno in maksimalno telesno težo pacienta (problematici so lahko bariatricni pacienti),
- ukrepe preprečevanja bolnišničnih okužb; čiščenje, shranjevanje, redno testiranje glede na bolnišnične standarde (EPUAP in NPUAP, 2009; Queensland Health Patient Safety Centre, 2009).

Načeloma se razbremenilne blazine delijo na statične in dinamične blazine. Statične blazine pritisk razporedijo na večjo površino, dinamične pa izmenično razporejajo pritisk v kratkih časovnih intervalih. Statične blazine so lahko samostojne, to pomeni, da so samostojna ležišča, lahko pa so v obliki nadvložka (overlays) in se namestijo na klasično ležišče. Med statične blazine se uvrščajo zračne blazine, blazine, polnjene z gelom, silikonom, tekočino, blazine iz viskoelastične spominske pene, roho blazine (dry floatation). Dinamične blazine za svoje delovanje potrebujejo električno energijo, razen določenih izjem (blazine z atmosferskim zrakom – Atmosair), so pa lahko samostojna ležišča, lahko pa v obliki nadvložka. Teh blazin je na trgu zelo veliko, od nižje kakovostnih do zelo kakovostnih sofisticiranih blazin, od preventivnih do visoko kakovostnih terapevtskih blazin z zelo sodobno tehnologijo in materiali (Jelen, 2011).

Vse blazine za preprečevanje RZP imajo omejeno dobo uporabe. Pri nenehni uporabi je njihova doba uporabe omejena na pet let. Vsakoletno morajo biti tudi redno pregledane in servisirane. Pri izbiri primerne blazine ali ležišča se upoštevajo naslednja priporočila:

- priporoča se uporaba visoko kakovostnih pen namesto standardnih bolnišničnih vzmetnic pri vseh pacientih, ki imajo že zaznano tveganje za nastanek RZP,
- pri pacientih, ki imajo večje tveganje za nastanek RZP, se priporoča uporaba dinamičnih blazin, ki pritisk izmenjujejo v kratkih časovnih presledkih,
- kljub nameščenim razbremenilnim blazinam se paciente obrača, če to dopušča njihovo zdravstveno stanje,
- pete morajo biti privzdignjene, ne smejo se dotikati blazine – pete se redno pregledujejo,
- pacienti na vozičkih morajo imeti nameščene razbremenilne blazine,
- ne priporoča se uporaba sintetičnega ovčjega krzna, predmetov v obliki obroča in z vodo napolnjenih rokavic (EPUAP in NPUAP, 2009).

POSEBNE SKUPINE – PACIENTI V OPERACIJSKEM BLOKU

Pacienti v operacijskem bloku, med operativnim posegom in po njem imajo povečano tveganje za nastanek RZP zaradi:

- dolžine oziroma trajanja operacije,
- hipotenzivnih epizod med operacijo,
- nižje telesne temperature med operacijo,
- zmanjšane gibljivosti na dan operacije in dan po njej (EPUAP in NPUAP, 2009).

Priporoča se uporaba blazin za razbremenitev pritiska na operacijskih mizah, uporaba razbremenilnih položajev med operacijo, pete naj bodo privzdignjene, vendar je potrebno paziti, da se ne izvaja pritisk na ahilovo tetivo, kolena pa morajo biti rahlo upognjena – iztegnjena kolena lahko povzročijo obstrukcijo poplitealne vene.

USPOSABLJANJE ZAPOSLENIH IN UČENJE PACIENTOV TER NJIHOVIH SVOJCEV

Programi usposabljanja in izobraževanja zaposlenih naj vključujejo naslednje vsebine:

- dejavnike tveganja za nastanek RZP,
- patofiziologijo nastanka RZP,
- omejitve in možnosti uporabe orodij za oceno tveganja za nastanek RZP (lestvice ogroženosti),
- oceno, pregled in nego kože,
- izbor razbremenilnih pripomočkov in blazin ter njihova uporaba,
- uporabo položajev za razbremenitev pritiska, strižnih sil in trenja,
- pomen interdisciplinarnosti pri strategiji preprečevanja in zdravljenja RZP,
- zdravstveno vzgojo pacientov in njihovih svojcev (Royal College of Nursing, 2001).

Zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev obsega vsebine o:

- dejavnikih tveganja za nastanek RZP,
- najpogostejših mestih nastanka RZP,
- tehniki pregledovanja kože in kako prepoznati kožne spremembe,
- skrbi oziroma negi kože,
- uporabi metod za razbremenitev pritiska,
- informacijah o oblikah pomoči in pridobitvi dodatnih nasvetov (Royal College of Nursing, 2001).

RAZPRAVA

Merjenje prevalence RZP je pomemben kazalnik kakovosti, za različne zavode pa predstavlja tudi osnovo za načrtovanje kadra in sredstev za obvladovanje problema RZP. Raziskave prevalence RZP so pomembne predvsem z vidika preprečevanja RZP, saj se med izvajanjem raziskave lahko zbirajo različni podatki o preprečevanju in zdravljenju RZP ter koliko so pravzaprav v skladu s protokoli in smernicami. V Sloveniji bi bilo potrebno izvesti nacionalno prevalenčno študijo RZP, pa ne samo v bolnišnicah, ampak tudi v zavodih z dolgo ležalno dobo (negovalne bolnišnice, DSO ipd.) ter v zdravstveni oskrbi na domu, na podlagi katere bi lahko v nadaljevanju izvedli potrebne ukrepe, ki bi predvideli tudi finančni vidik obravnave preprečevanja in zdravljenja RZP.

V smernicah preprečevanja RZP je poudarek predvsem na ocenjevanju ogroženosti nastanka RZP ter njegovega dokumentiranja, vzdrževanju zdrave kože, v katerega sodi izvajanje pregledovanja in ocenjevanja kože, ocene prehranjenosti in pravilna prehrana ter razbremenjevanje pritiska z uporabo razbremenilnih blazin, ležišč in menjavami lege telesa.

Pomembno je tudi izobraževanje vseh zaposlenih v zdravstvenem varstvu, ki se ukvarjajo s preprečevanjem in zdravljenjem RZP, kakor tudi zdravstvena vzgoja pacientov ter njihovih svojcev. Izredno pomembno je izobraževanje svojcev, ki skrbijo za paciente na domu. Tukaj je pomembna komunikacija med zdravnikom družinske medicine oz. splošnim izbranim zdravnikom, patronažno medicinsko sestro ter pacientom in njegovimi svojci.

ZAKLJUČEK

Razjeda zaradi pritiska je resen zdravstveni problem, ki pacientu zmanjša kakovost življenja, resno ogrozi njegovo že sicer slabše zdravstveno stanje in nenazadnje predstavlja tudi širši družbeni problem, kajti zdravljenje razjede zaradi pritiska pomeni veliko finančno breme v sistemu zdravstvenega varstva. Njeno preprečevanje ravno zato predstavlja tako pomemben del zdravstvene obravnave na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Razjedo zaradi pritiska je potrebno meriti in na podlagi prevalečnih študij izdelati ukrepe, ki bodo njen nastanek zmanjšali oziroma v celoti preprečili.

LITERATURA

1. Baharestani MM, Black JM, Carville K et al (2009). Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. In *Wound J*; 6(2): 97-104.
2. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2009). *Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. International Guideline.* Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
3. Jelen A (2011). Pripomočki za preventivo razjede zaradi pritiska. V: Vilar V, ur. *Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska - zbornik Društva za oskrbo ran Slovenije*; Portorož, marec 2011: 67 – 93.
4. Jelen A (2013). *Prevalenca razjede zaradi pritiska v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana – presečna študija.* Magistrsko delo. Zdravstvena fakulteta Ljubljana, Univerza v Ljubljani.
5. Kadivec S (2000). Preprečevanje razjed zaradi pritiska – aktivnost zagotavljanja kakovosti na kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. *Obzor Zdr N*; 34: 63 – 6.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2007). *Pressure Ulcer Prevention Points.* Dostopno na: http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/PU_Prev_Points.pdf, (14. 1. 2014).
7. Queensland Health Patient Safety Centre (2009). *Pressure ulcer prevention and management resource guidelines 2009.* Queensland Government.
8. Robida A (2009). *Pot do odlične zdravstvene prakse, vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse.* Ljubljana: Planet GV.
9. Royal College of Nursing (2001). *Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendation 2001. Improving practice: improving care; Clinical practice Guidelines: 11-24.*

CELOSTNI PRISTOP K BOLEČI KRONIČNI RANI

Asist. mag. Eva Cedilnik Gorup, dr. med.
Katedra za družinsko medicino,
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
eva.gorup@gmail.com

IZVLEČEK

Bolniki s kroničnimi ranami pogosto trpijo zaradi bolečin, tako akutnih med manipulacijo rane kot kroničnih. Bolečina ima negativen vpliv na kakovost življenja bolnika ter negativno vpliva na celjenje rane. Bolečino pri kronični rani je potrebno obravnavati celovito. Za obvladovanje bolečine je potrebno stalno spremljanje in beleženje bolečine, nujni so lokalni, sistemski ter psiho-socialni ukrepi.

UVOD

Bolečina je subjektivna, pogosta izkušnja ljudi, ki živijo s kronično rano. Po definiciji je bolečina neprijetna senzorična in čustvena izkušnja, povezana s prisotno ali potencialno okvaro tkiva, ali opisana z vidika take okvare. Čeprav še vedno vlada prepričanje, da so venske razjede, povrhnje rane in rane, povezane z nevropatijo, neboleče, pa raziskave kažejo, da je bolečina pri kronični rani pogost pojav. (Woo et al 2008) Različni viri navajajo, da je bolečina prisotna pri do 80 % bolnikov s kronično rano. (Couts et al 2008, Price et al 2007, Renner et al 2013, Woo et al 2008)

Boleča rana je neprijetna izkušnja, ki lahko sproži produkcijo glukokortikoidov, ki zmanjšajo vneti odgovor, inhibirajo regeneracijo endotelija in zavirajo sintezo kolagena. Stres povzroči višjo koncentracijo citokinov in poveča neuroendokrino aktivnost, kar vodi v vazokonstrikcijo ter nižjo oksigenacijo tkiva, zato ima lahko bolečina negativen vpliv na celjenje rane. Dolgotrajna bolečina vpliva na izgubo neodvisnosti, na zmanjšano aktivnost in depresijo. (Coutts et al 2008) Prav tako hujša bolečina poslabša subjektivno oceno zdravstvenega stanja. (Renner et al 2013) Iz naštetega sledi, da je obvladovanje bolečine bistveni del obravnave kronične rane.

VRSTE BOLEČINE PRI KRONIČNI RANI

Bolečina pri kronični rani je lahko akutna (začasna) ali kronična (perzistentna). Akutna bolečina se poslabša, kadar se rane kako dotikamo, jo previjamo, čistimo ali odstranjujemo mrtvino. Kronična bolečina pa je stalen simptom v ozadju, ki se pojavlja tudi v mirovanju ali med posameznimi prevezam ali obračanjem. (Woo et al 2008) Kronična bolečina vključuje tako fizikalne kot čustvene komponente in redko pomeni nadaljnjo okvaro tkiva. (Price et al 2007)

Bolečina pri kronični rani je najpogosteje mešanica nevropatske in nociceptivne bolečine. Nociceptivna bolečina je odvisna od stimulusa in jo najpogosteje povzroči okvara tkiva. Nevropatska bolečina pa je ponavadi spontana, povzroči jo okvara živčnega tkiva in jo pogosto opisujemo kot žgočo, pekočo, zbadajočo ali električno. (Woo et al 2008)

OCENA BOLEČINE

Bolečino je potrebno pogosto ocenjevati, saj se strokovnjaki strinjajo, da spremenjena intenziteta ali značilnost bolečine lahko pomeni zaplete, ki jih je potrebno zdraviti, predvsem okužbo rane. (Cutting et al 2013) Kako pogosta je ocena, je odvisno od stanja bolnika in rane ter postopkov zdravljenja. Oceno bolečine je potrebno tudi primerno dokumentirati. Prav tako je pomembna tudi komunikacija med negovalnim osebjem in bolnikom. Pogosto še posebej starejši bolniki o bolečini neradi govorijo, ker nočejo biti »sitni«, in za pogovor o svojih težavah potrebujejo spodbudo. (Price et al 2007, Woo et al 2008)

Pri oceni bolečine ugotavljamo:

- lokacijo,
- trajanje,
- jakost,
- kakovost,
- povečanje ali na novo nastala bolečina,
- vpliv na dnevne aktivnosti. (Price et al 2007)

Za oceno lahko uporabljamo VAS lestvico ali lestvico od 1 do 10, lahko pa tudi katerega izmed ostalih uveljavljenih instrumentov za ocenjevanje bolečine. Pomembno pa je, da je med obravnavo način ocenjevanje enak. (Woo et al 2008)

ZDRAVLJENJE BOLEČINE

Pri zdravljenju bolečine pri kronični rani je potrebno razmišljati o vzroku za bolečino (poleg prisotnosti rane same po sebi) in ga poskusiti odpraviti. Med možnimi vzroki so motnje prekrvavitve, okužba, lokalna otekline, kemično draženje ali kronično vnetje. (Price et al 2007, Woo et al 2008)

Ne glede na možno zdravljenje vzroka pa poskušamo obvladati bolečino z lokalnimi in sistemskimi ukrepi.

LOKALNO ZDRAVLJENJE

Sami postopki, s katerimi rano čistimo in previjamo, dolgoročno vplivajo na zmanjšanje bolečine, so pa lahko boleči sami po sebi. Kadar je vzrok bolečine okužba, je konsenz strokovnjakov, da lahko topično antibiotično/antimikrobno zdravljenje prispeva k zmanjšanju bolečine zaradi zmanjšanja biobremena. (Cutting et al 2013)

Morda se bodo za dobro lokalno zdravljenje bolečine izkazale obloge z lokalnim izločanjem ibuprofena, čeprav dokazi še niso povsem zanesljivi. EMLA (mešanica lokalnih anestetikov) verjetno deluje učinkovito protibolečinsko pred bolj travmatskimi postopki. (Briggs et al 2012)

SISTEMSKO ZDRAVLJENJE

V osnovi se pri sistemskem zdravljenju bolečine zgledujemo po WHO stopenjski lestvici lajšanja bolečine (WHO, 1986). Upoštevati moramo tudi naravo bolečine (nociceptivna, nevropatska).

WHO lestvica začne zdravljenje z enostavnimi analgetiki in nesteroidnimi antirevmatikami, po potrebi s pridruženimi zdravili za zdravljenje nevropatske bolečine. Pri zmerni bolečini nadaljujemo

zdravljenje s šibkimi opioidi, po potrebi v kombinaciji s pridruženimi zdravili, pri hudi bolečini pa z močnimi opioidi, lahko v kombinaciji z neopioidnimi analgetiki in drugimi dodatnimi zdravili (antikonvulzivi).

Za zdravljenje nevropatske bolečine uporabljamo antidepresive, antikonvulzive in opioide. Ta zdravila lahko vplivajo tudi na čustveno komponento bolečine, zmanjšajo anksioznost in potrtost ter izboljšajo spanje. (Price et al 2007)

Pri farmakološkem zdravljenju je zelo pomembna dobra komunikacija s pacientom. Raziskave kažejo, da lajšanje bolečine pri kronični rani ni zadostno ter da je uporaba močnih opioidov prenizka glede na jakost bolečine in neučinkovitost šibkejših zdravil. (Renner et al 2013) Vzrok je verjetno v tem, da se tako zdravstveno osebje kot bolniki (neupravičeno) bojijo odvisnosti, pogosto pa vidijo starostniki bolečino kot neizogiben del staranja. Dobro je, da se z bolnikom pogovorimo o njegovih pričakovanjih in videnju bolečine. (Woo et al 2008) Tako sama kronična bolečina prek anksioznosti in depresivne simptomatike, kot tudi pogoste sočasne kronične bolezni pri teh bolnikih, lahko prispevajo k slabši koncentraciji, slabšemu spominu in kognitivnim motnjam. Bolniki zato potrebujejo jasna navodila in čim preprostejši režim obvladovanja bolečine (Price et al 2007)

BOLEČINA MED PREVEZOVANJEM

Odstranjevanje in nameščanje oblog med prevezovanjem pomembno prispeva k bolečini v kronični rani. Med prevezovanjem se bolečina poveča, pogosto pa se pojavi tudi anticipatorna bolečina pri bolnikih, ki so večkrat izkusili močno boleče preveze.

K zmanjševanju bolečine med prevezovanjem lahko prispevamo z izbiro obloge, pa tudi z načinom prevezovanja. Izbirali naj bi atravmatske obloge, ki ob odstranitvi ne poškodujejo rane ali okolne kože. Pomemben je tudi sam način odstranjevanja, pri katerem adhezija popusti in omogoča enostavno odstranitev obloge z rane. (Benbow 2010, Bell in McCarthy 2010, Solowiej in Upton 2012) Med prevezo lahko naredimo »time-out«, torej omogočimo bolniku, da izrazi željo za kratkotrajno prekinitvev postopka. Izogibamo se večjim silam pri izpiranju in čim bolj zmanjšamo izpostavljenost rane. Prav tako je pomembna vloga okolne kože, še posebej pri dermatitisih, prisotnih v okolici rane. (Woo et al 2008)

Prav tako pomaga tudi odvrčanje pozornosti bolnika med prevezovanjem. Svetujejo, da bolnik med prevezo gleda televizijo ali se osredotoči na glasbo ter s tem odvrne pozornost od bolečine. (Solowiej in Upton 2012)

PSIHO-SOCIALNA OBRAVNAVA

Psiho-socialni dejavniki imajo pomembno vlogo pri prenašanju bolečine, kakovosti življenja in invalidnosti, ki je posledica kronične bolečine. Psiho-socialna obravnava je lahko sestavljena iz učenja veščin, ki pripomorejo k spopadanju z bolečino, vedenjske terapije, tehnik sproščanja, skupin za samopomoč oziroma medsebojno podporo. Pacientov dan naj vsebuje gibanje, socializacijske aktivnosti, aktivno poslušanje glasbe, gledanje televizije, osredotočeno relaksacijo. Z vsem tem naj bi pacient pridobil boljši občutek nadzora nad svojo bolečino. (Price et al 2007)

ZAKLJUČEK

Bolniki s kroničnimi ranami pogosto trpijo zaradi bolečin. Za uspešno obvladovanje bolečine je potreben celostni pristop. Pomembna je učinkovita komunikacija, s katero lahko bolečino ocenimo, iščemo vzrok zanjo ter uspešno sodelujemo z bolnikom pri njenem obvladovanju.

LITERATURA

1. Bell C, McCarthy G. (2010) The assessment and treatment of wound pain at dressing change. *Br J Nurs*; 19 (11): S4, S6, S8 passim.
2. Benbow M. Managing wound pain: is there an »ideal dressing«? (2010) *Br J Nurs*;19 (20): 1273-4.
3. Briggs M, Nelson EA, Martyn-St-James M. (2012) Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*; 11: CD001177.
4. Coutts P, Woo KJ, Bourque S. (2008) Treating patient with painful chronic wounds. *Nursing Standard*; 10: 42-46.
5. Cutting KF, White RJ, Mahoney P. (2013) Wound infection, dressings and pain, is there a relationship in the chronic wound? *Int Wound J*; 10: 79-86.
6. Price P, Fogh K, Glynn C, Krasner DJ, Osterbrink J, Sibbald RG. (2007) Managing painful chronic wounds: the wound pain management model. *Int Wound J*; 4 (Suppl.1): 4-15.
7. Renner R, Seikowski K, Simon JC. (2013) Association of pain level, health and wound status in patients with chronic leg ulcers. *Acta Derm Venereol*; 93: XX-XX.
8. Solowiej K, Upton D. (2012) Painful dressing changes for chronic wounds: assessment and management. *Br J Nurs*; 20, 22, 24-5.
9. Woo K, Sibbald G, Fogh K, Glynn C, Krasner D, Leaper D, Osterbrink J, Price P, Teot L. (2008) Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *Int Wound J*; 5: 205-15.
10. World Health Organization: Cancer Pain Relief. (1986) Ženeva, Švica.

MALIGNNE KOŽNE RANE-NASTANEK IN ZDRAVLJENJE

dr. Erik Brecelj, dr. med.,
Onkološki inštitut Ljubljana
ebrecelj@onko-i.si

IZVLEČEK

Maligne kožne rane nastanejo zaradi rasti malignoma v koži in podkožju. Povzročajo številne težave in neprijetne simptome, ki so pogosto težko obvladljivi. Razrast tumorja na koži lahko povzroča secernirajoč izloček, neprijeten vonj, krvavitev, bolečino, srbenje in oteklino. Zdravljenje je zahtevno in pogosto zahteva multidisciplinarni pristop; lahko vodi k ozdravitvi ali pa je zgolj paliativno, ko le lajšamo simptome. Z ustreznim zdravljenjem lahko bolniku kljub neradikalni terapiji bistveno izboljšamo kvaliteto življenja.

UVOD

Maligne kožne rane nastanejo kot posledica lokalno napredovelega raka v koži in podkožju. Pogosto so kronične. Lahko nastanejo zaradi rasti novega primarnega tumorja, ponovitve bolezni na mestu zdravljenega tumorja ali metastaz. Posredno lahko rane nastanejo zaradi rasti tumorja v bližini same rane, npr. kot posledica limfedema zaradi preraščanja tumorja v bezgavkah, ki drenirajo področje rane. Onkološke rane so lahko posledica zdravljenja, npr. obsevanja ali posledica poškodbe kože po ekstravazaciji citostatika. Maligne kožne rane v ožjem pomenu besede nastanejo zaradi preraščanja tumorskih celic v podkožje in kožo. Lahko so posledica rasti malignoma v koži in podkožju ali pa preraščanja iz globijih struktur na površino. Obsežne maligne rane nimajo samo telesnih posledic za bolnika, ampak tudi psihološke in čustvene posledice. Napredovale maligne rane bolnika pogosto izolirajo od okolice. O deležu bolnikov z rakom, pri katerih se razvije maligna kožna rana, ni veliko podatkov. Ocenjujejo, da se razvijejo pri 5 do 10 % bolnikov z rakom (5).

Vsaka maligna rana je edinstvena po izgledu in simptomih. Zaradi preraščanja tumorja v krvne žile in posledično slabše vaskularizacije pride do odmrtja tumorja in nastanka razjede. Takšno tumorsko tkivo je vulnerabilno, hitro zakrvavi, z obilnim izločkom, ki lahko moteče zaudarja (4). Zaradi odmrtja tkiva in obilnega izločka pride pogosto do kolonizacije rane z anaerobnimi in aerobnimi bakterijami in vnetja (6), še posebej, če so rane slabo oskrbljene. Razširjenost tumorja v bezgavke, ki drenirajo področje rane, povzroča limfedem in še dodatno poslabšanje tako lokalnega stanja kot zmanjšanja gibljivosti.

Simptomi malignih ran so raznovrstni. Najbolj pogosti so secernirajoč izloček, neprijeten vonj, krvavitev, bolečina, srbenje in oteklina. Krvavitev je lahko tako obsežna in/ali kronična, da je bolnik anemičen. V redkih primerih je krvavitev akutna, ko tumorsko tkivo povzroči zaradi razjede večje žile obilno in za bolnika ogrožajočo krvavitev. Takšni primeri so na srečo redki. Zahtevajo urgentno ukrepanje, pogosto z radikalnim kirurškim posegom ali embolizacijo žil (9), ki krvavijo.

Zdravljenje malignih ran je pogosto zelo zahtevno. Zaradi širokega spektra težav pogosto zahteva multidisciplinarni pristop.

DIAGNOSTIKA

Ob začetku zdravljenja je potrebno postaviti diagnozo, za kakšno vrsto tumorja gre, in opredeliti razširjenost bolezni. Postavitev diagnoze je lahko enostavna z minimalno invazivno citološko punkcijo s tanko iglo. V zahtevnejših primerih je potrebna debeloigelnna biopsija ali redkeje kirurška biopsija. Ob vrsti tumorja je potrebno vedeti ali gre za primarni tumor ali za oddaljeno metastazo oziroma ponovitev bolezni pri že zdravljenih bolnikih.

S slikovnimi preiskavami opredelimo lokalno razrast tumorja proti okolnim strukturam, kar vpliva na oceno morebitne operabilnosti lezije. Na odločitev o zdravljenju vplivajo tudi rezultati slikovnih preiskav (RTG, UZ, CT, MRI, scintigram skeleta, PET-CT ...) za zamejitev bolezni, ki so pri odločitvi o zdravljenju nujne.

Poleg natančne diagnoze, ocene lokalne rasti tumorja in preraščanja sosednjih struktur in opredelitve oddaljenih metastaz je pri odločitvi o načinu zdravljenja potrebno upoštevati tudi splošno zdravstveno stanje bolnika in prehranjenost. Pri bolnikih, ki so v kahektičnem stanju, lahko pričakujemo slabše rezultate zdravljenja (7).

ZDRAVLJENJE

Pri načrtovanju terapije je potrebno oceniti ali je možno specifično - kurabilno zdravljenje ali le simptomatsko - paliativno. Pogosto je meja med paliativnim in kurabilnim zdravljenjem pri oskrbi zabrisana, saj je oskrba ran v obeh primerih podobna (2). Odločitev pogosto ni enostavna in zahteva multidisciplinarni pristop. Pri odločitvi moramo upoštevati tudi pričakovano preživetje. Glede na razširjenost bolezni in vrsto tumorja se odločimo za kirurško zdravljenje, zdravljenje z obsevanjem in sistemsko zdravljenje s kemoterapijo ter kombinacijo teh zdravljenj.

Kirurška odstranitev malignega tumorja je pogosto smiselna. To pride v poštev tudi pri metastatski bolezni, saj je odstranitev moteče maligne rane za bolnika koristna tudi iz samo higienskih razlogov. Pri odločitvi o kirurškem zdravljenju je potrebno predvideti obseg operacije in možno radikalnost. Pri tistih lokalno napredovalih tumorjih, kjer je možna radikalna odstranitev tumorja le z obsežno operacijo, je potrebno oceniti smiselnost operativnega posega zaradi hude mutilantnosti za bolnika. Še posebej je smiselna tudi neradikalna odstranitev tumorja v primerih, ko bolnik nadaljuje zdravljenje s kemo in/ali radioterapijo. S tem zmanjšamo simptome pri bolniku, po drugi strani pa lahko pri nekaterih vrstah tumorja povečamo možnost uspeha druge terapije zaradi zmanjšanja tumorske mase. Zavedati se moramo, da ponovitve maligne rane kljub radikalnemu zdravljenju žal niso redke.

Obstajajo še številne »nekirurške« metode za lokalno zdravljenje povrhnjih tumorjev kot npr. krioterapija in elektrokemoterapija (8). Te metode so žal uspešnejše le pri manjših tumorjih.

Posebno skupino operativnih posegov predstavljajo posegi, pri katerih neposredno ne zdravimo maligne rane, pomagamo pa zmanjšati simptome. Pri napredovalih tumorjih glave npr. se bolnik težko hrani skozi usta, zato je koristna izpeljava hranilne gastrostome. Bolniku z napredovalim tumorjem v analnem kanalu ali perinealnem predelu olajšamo težave z izpeljavo kolostome.

Ob novejših metodah oskrbe malignih ran je redko potrebno opravljanje kirurških nekrektomij ran ali kirurških hemostaz zaradi krvavitve.

Nekatere tumorje je bolj smiselno zdraviti nekirurško, saj lahko dosežemo popoln regres tumorja tudi s kemoterapijo in/ali obsevanjem. To je pomembno tudi zato, ker je uspešno nekirurško zdravljenje manj mutilantno za bolnika. Takšen je npr. bazocelularni karcinom, ki ga je

kljub lokalni razširjenosti možno pozdraviti le z obsevanjem (1). Zdravljenje z radioterapijo je tako lahko kurabilno, drugače pa dopolnilno ali le palativno. Pri npr. krvavitvah je smiselno paliativno »hemostatično« obsevanje zaradi zmanjšanja krvavitve.

Vzporedno s specifičnim zdravljenjem malignoma je potrebno zagotoviti celostno zdravljenje bolnika. Sem spada npr. zdravljenje bolečine, prehranska podpora, zdravljenje vnetja, ki nastane v maligni rani, in psihološka podpora. Maligni tumorji pogosto preraščajo v globlje strukture in živce, kar lahko povzroča hude bolečine. Protibolečinsko zdravljenje je lahko lokalno na mestu rane ali sistemsko. Obvladovanje take bolečine včasih zahteva napotitev v protibolečinsko ambulanto zaradi zahtevnosti terapije. Upoštevati moramo, da je lahko že sama lokalna oskrba rane za bolnika boleča, zato moramo pred prevezo poskrbeti za ustrezno protibolečinsko terapijo. Pri bolnikih, ki so v kahektičnem stanju, lahko pričakujemo več zapletov s hitrejšim propadanjem bolnika in slabšimi možnostmi celjenja. Zato je pomembno, da bolniku nudimo ustrezno prehransko podporo. Če kljub prehranski podpori bolnik hujša, ga moramo napotiti v ambulanto za klinično prehrano.

Ne glede na to ali se odločimo za paliativno ali kurabilno zdravljenje, ima pri vseh bolnikih pomembno mesto nega maligne rane, ki bolniku lahko bistveno izboljša kvaliteto življenja. Z ustreznim pristopom in zdravljenjem lahko bolniku bistveno izboljšamo kvaliteto življenja (3).

LITERATURA

1. Goldenberg G, Hamid O. Nonsurgical treatment options for Basal cell carcinoma - focus on advanced disease. *J Drugs Dermatol* 2013 Dec 1; 12(12): 1369-78.
2. Grocott P, Robinson V. Skin problems in palliative care-nursing aspects. In: Hanks G, editor. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2010. p. 961-72.
3. Lund-Nielsen B, Muller K, Adamsen L. Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. *J Wound Care* 2005 Feb;14 (2):69-73.
4. Pearson I C, Mortimer P. Skin problems in palliative medicine:Medical aspects. [*The Oxford Textbook of Palliative Medicine*], 618-628. 2004. Oxford, Oxford University Press.
5. Probst S, Arber A, Faithfull S. Malignant fungating wounds: a survey of nurses' clinical practice in Switzerland. *Eur J Oncol Nurs* 2009 Sep;13 (4):295-8.
6. Rotimi VO, Durosinmi-Etti FA. The bacteriology of infected malignant ulcers. *J Clin Pathol* 1984 May; 37 (5): 592-5.
7. Rotovnik Kozjek N, Mrevlje Z, Koroušič Seljak B, et al. Kaheksija pri bolnikih z rakom. *Zdrav Vestn* 2013; 82: 133-41.
8. Sersa G, Cufer T, Paulin SM, Cemazar M, Snoj M. Electrochemotherapy of chest wall breast cancer recurrence. *Cancer Treat Rev* 2012 Aug; 38 (5): 379-86.
9. Sesterhenn AM, Iwinska-Zelder J, Dalchow CV, Bien S, Werner JA. Acute haemorrhage in patients with advanced head and neck cancer: value of endovascular therapy as palliative treatment option. *J Laryngol Otol* 2006 Feb; 120 (2): 117-24.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z MALIGNO RANO

Dragica Tomc, viš. med. ses., ET
Onkološki inštitut Ljubljana
Posvetovalnica zdravstvene nege
dtomc@onko-i.si

IZVLEČEK

Maligna rana se razvije le pri določenem številu pacientov in cilj paliativne oskrbe ni ozdravitev rane, temveč stabilizacija stanja in obvladovanje spremljajočih simptomov. Medicinska sestra odigra aktivno vlogo pri oceni, oskrbi rane, spremljanju stanja rane ter skrbi za pacienta. Multidisciplinarni tim se odloča med aktivno in paliativno obravnavo rane. Upoštevajo se pacientove želje in ohranja se čim boljša kakovost življenja.

KLJUČNE BESEDE:

maligna rana, skrb za pacienta, obvladovanje simptomov, paliativna oskrba.

UVOD

Kljub hitremu razvoju v medicini je oskrba malignih ran še vedno velik izziv, življenje z maligno rano pa vpliva na pacientovo fizično, psihično in socialno stanje ter negativno vpliva tudi na družino. Celostni, k pacientu orientirani pristop zdravstvene nege je nujen za oceno stanja, da postavimo realistične cilje, sprejemljive za pacienta in negovalca (Man Siu-ling, 2004).

Kronične rane v paliativni medicini razdelimo na tri področja: ozdravljive, tiste, kjer vzdržujemo stanje, in neozdravljive. Koža je neodporna, ranljiva zaradi notranjih faktorjev telesa pri umiranju in odpovedi organskih sistemov. Fiziološke spremembe so slabša perfuzija tkiv, kar povzroči slabšo preskrbljenost kože s kisikom, slabšo dostopnost hranil in odstranjevanje metabolnih produktov. Pri izjemno slabem fizičnem stanju pacienta, podhranjenosti, napredovali bolezni in zahtevnem zdravljenju, ki mnogokrat ne odtehta koristi, so rane neozdravljive. Kljub temu želimo ohraniti pacientovo dostojanstvo, čim višjo stopnjo neodvisnosti in kakovosti življenja ter obvladovanja bolečine (Woo, Sibbald, 2010).

MALIGNA RANA

Maligna rana je posledica nezdravljenega raka, lokalne ponovitve bolezni ali napredovalega raka. Nastopi, ko rakave celice infiltrirajo v povrhnjico in povzročijo mrtvino. Maligna rana je kombinacija novega žilja, mrtvin in vnetja, ki vodijo v bolečino, krvavitev, vonj, veliko izločka iz rane in okužbo. Lahko povzročijo spremenjeno telesno podobo, zadrego in nemoč. Je stalen znak napredovanja maligne bolezni in lahko povzroči depresijo in socialno izolacijo pacienta (Man Siu-ling, 2004).

Kadar kronična rana ne napreduje kljub ustrezni obravnavi, moramo pomisliti na maligno bolezen in uporabiti biopsijo tkiva za določitev ustrezne diagnoze. Takšne rane so »sumljive« že na pogled, saj so robovi debelejši, trdi in podvihani (Bryant, Nix, 2012).

Maligna transformacija obstoječe razjede je prisotna v 2 % vseh kroničnih ran. Vzrok sta kronično draženje in prisotnost vnetja, rana se spremeni. Imenujemo jo razjeda Marjolin, ki je agresiven tumor in ga zdravimo glede na velikost in razsežnost razjede in zdravstvenega stanja pacienta. O prednostnih načinih zdravljenja in ciljnih zdravstvene nege se dogovorimo s pacientom. Upoštevamo razširjenost bolezni, možnosti zdravljenja, ki bi lahko pripomogle, in osebne želje posameznika (Bryant, Nix, 2012).

NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE OSKRBE MALIGNNE RANE

Načrt zdravstvene nege pri celostni oskrbi maligne rane zajema (Woo, Sibbald, 2010):

- zdravljenje vzroka za pojav rane,
- zdravljenje bolezni z obsevanjem, kemoterapijo, hormonsko terapijo, kirurgijo, krioterapijo ali zdravljenje z laserjem,
- skrb za pacienta: ohraniti dostojanstvo pacienta, se spopasti s psiho-socialnimi problemi, ohranjati samostojnost in kakovost življenja z optimalno oskrbo,
- lokalna oskrba rane zajema prevezo rane in obvladovanje spremljajočih simptomov.

LOKALNA OSKRBA RANE

Maligna rana ima izgled razjede, z globokimi kraterji in dvignjenimi robovi, ali izgled pospešene rasti v obliki gobe ali cvetače nad nivojem kože. Maligne rane in fistule se lahko pojavijo kjerkoli na telesu. Najpogostejše lokacije so: prsa in trebuh, glava in vrat ter ekstremitete. Težko jih oskrbujemo zaradi nepravilne oblike in velikosti, veliko izločka, okužbe, vonja, krvavitve, bolečin, srbenja kože in napredovanja bolezni. Lahko vplivajo na pacientovo gibljivost, psihološko stanje pacienta in njegove družine, saj so viden znak slabe prognoze (Vancouver island health authority, 2007).

Opravimo oceno rane s klinično presojo pacientovih rizičnih faktorjev in ciljev, da načrtamo željene izide oskrbe rane. Orodja, ki jih lahko uporabljamo za ocenitev rane, so (Chrisman, 2010):

- metoda TELER (Treatment Evaluation by Le Roux's),
- WoSSAC Symptom Evaluation Grid (wound symptoms self-assessment chart) ali
- list ocene kronične rane, pri čemer rezultate dokumentiramo in napišemo načrt za oskrbo rane ter priporočene obloge za prevezo.

Oceno paliativne kronične rane ali napredovale maligne rane poimenujemo s kraticami SPECIAL (Chrisman 2010):

- S - stabilizing the wound (stabilizirati rano),
- P - prevent new wounds (preprečiti pojav novih ran),
- E - eliminate odour (odpraviti neprijeten vonj),
- C - control pain (nadzor nad bolečino),
- I - infection prophylaxis (preprečiti okužbo),
- A - advanced absorbent wound dressings (uporaba oblog za rane, ki močno vpijajo),
- L - lessen dressing changes (zmanjšati število prevez).

Za oskrbo rane uporabljamo obloge, ki omogočajo pacientu kar največ udobja, daljši čas namestitve, lepši izgled, neodvisnost. Načrt zdravstvene nege spreminjamo v skladu s pacientovimi

željami. Vzdržujemo stabilno stanje rane, ki se ne bo pozdravila, in omogočimo čim boljše kakovost življenja. Pacientu in družini nudimo psihično, socialno in duhovno podporo.

Rano nežno očistimo, lahko jo speremo s toplo fiziološko raztopino. Uporabimo oblogo, ki omogoča udobje in ima lep izgled, dolgo obstojnost in dobro prileganje. Velikokrat uporabimo poliuretanske pene, obloge z ogljem ali obloge s protimikrobnimi sestavinami. Uporabljamo tudi obloge s plastjo silikona, ki se ne lepijo na rano ali alginate v kombinaciji s poliuretanskimi penami (Chrisman, 2010).

Če rana po 2 – 4 tednih oskrbe ne kaže znakov napredovanja, je potrebno ponovno preučiti zastavljene cilje. Na podlagi analize oziroma vrednotenja dela in izidov oskrbe rane, še posebno takrat, ko ne pričakujemo zacelitve rane, multidisciplinarni tim sprejme odločitev o spremembi le-teh. Pri odločitvi sodelujejo tudi pacient ter njegovi svojci (Chrisman 2010).

OBVLADOVANJE SIMPTOMOV

Lokalna oskrba paliativnih in napredovalih malignih ran zajema obvladovanje simptomov. Opišemo jih lahko s črkami: HOPES (hemorrhage, odor, pain, exudate, superficial infection) (Woo, Sibbald, 2010).

BOLEČINA IN SRBENJE

Za bolečino v maligni rani je možnih več vzrokov, ki vključujejo tudi čustvene faktorje: nevropatska bolečina (okvara živca zaradi tumorja), bolečine ob postopkih (preveze rane in menjava oblog), zaradi maligne bolezni.

Kompleksne bolečine rešuje skupina strokovnjakov: anesteziolog specialist za obravnavo bolečin, radiolog, kirurg, farmacevt. Uporabljajo se sistemski analgetiki ali/in topični za lokalno delovanje in pred posegi. Maligne rane so zelo boleče, zato previjamo racionalno, ne prepogosto, s čimer zmanjšamo možnost mehaničnih poškodb ter uporabljamo neadhezivne obloge. Rane so nagnjene h krvavitvam, kar dodaja lažen občutek večje bolečine (Bryant, Nix, 2012).

Raztezanje kože zaradi rasti tumorja povzroča srbenje, ki ni občutljivo na antihistaminike. Uporabimo obloge iz hidrogela ali TENS terapijo, ki lajšata srbenje (Uršič, Brecelj, 2005).

KRVAVITEV

Maligne rane so krhke in ranljive. Erozija kapilar lahko vodi v obsežno, spontano krvavitev. Če so prisotne motnje strjevanja krvi ali prizadetost kostnega mozga, je nevarnost krvavitve toliko večja. Uporabljamo ustrezne, mehke obloge za oskrbo ran, ki ne poškodujejo tkiva. Za preprečevanje krvavitve se uporabljajo oralni fibrinolitiki, radioterapija, embolizacija. Učinkovita je tudi lokalna uporaba adrenalina in hemostatskih pen (Uršič, Brecelj, 2005).

NEPRIJETEN VONJ

Zaradi anaerobnih bakterij v odmrlem tkivu in maščobnih metabolnih produktov malignih celic se pojavi neprijeten vonj. Vonj je odbijajoč in vpadljiv (Uršič, Brecelj, 2005). Ima fizični in psihološki vpliv na apetit, dobro počutje in je vzrok za socialno izolacijo in spremenjeno samopodobo. Nujno je dobro čiščenje ran, odstranjevanje mrtvin, zdravljenje okužbe, uporaba sistemskih antibiotikov ali lokalnih antimikrobnih sredstev in Metronidazola, oblog za rane z ogljem in srebrom, deodorantov (Bryant, Nix, 2012).

ODSTRANJEVANJE MRTVIN

Mrtvine lahko imajo izredno neprijeten vonj, zato jih je bolje odstraniti. Primeren način odstranjevanja mrtvin je avtolitičen z uporabo hidrogelov. Maligne rane proizvajajo veliko izločka, zato je bolje uporabiti absorbtivne obloge s suhimi dodatki (polisaharidi, kopolimeri, alginati). Uporaba encimskih mazil ni priporočljiva zaradi nevarnosti krvavitvev in bolečin. Redko se uporabi ostro ali kirurško odstranjevanje, ker povzroča krvavitve (Bryant, Nix, 2012).

IZLOČEK

Velike količine izločka malignih ran so posledica nenormalne kapilarne prehodnosti v rani, izločanja faktorjev tumorja in avtoliza mrtvin zaradi bakterijskih proteaz. Okolno tkivo je običajno edematozno, tako da celo majhne razjede lahko izločijo velike količine izločka. Izberemo primerno oblogo in skrbimo za redno menjavo. Če je potrebna menjava obloge trikrat dnevno, raje namestimo zbiralno vrečko z izpustom, ki omogoča dodatno spojitev z drenažno zbiralno vrečko (Bryant, Nix, 2012).

Namestitev obloge in aparata za terapijo z negativnim tlakom omogoča odvajanje izločka in občutno zmanjša število prevez ter večja kakovost življenja pacienta (Bryant, Nix, 2012). Za ta način oskrbe rane se odloči zdravnik.

OKUŽBA

Maligne rane so pogosto okužene z anaerobnimi bakterijami. Rano spiramo in redno prevezujemo. Če je okužba omejena le na rano, uporabljamo obloge z dodanim srebrom ali alginatne obloge. Če so prisotni tudi sistemski znaki vnetja, je nujno antibiotično zdravljenje (Uršič, Breclj, 2005).

OKOLNA KOŽA

Pri ranah z veliko izločka je okolna koža izpostavljena maceraciji. Pri malignih ranah je okolica še posebej občutljiva in hitro se pojavi poškodba povrhnjice, dermatitis, okužba in razsoj gljivic. Uporabljamo nelepljive obloge za rane in zaščitimo kožo z mazili ali brezalkoholnimi poliuretanskimi filmi in hidrokolidnimi oblogami (Bryant, Nix, 2012).

FISTULE

Fistule so nenormalne povezave med abscesom ali votlim organom in površino telesa ali med dvema votlima organoma, ki dovoljujejo prehod tekočin in izločkov. Pojavijo se lahko spontano, kot posledica kirurškega posega ali kot zaplet zdravljenja z obsevanjem.

Notranje fistule (interne) so nenormalne povezave med dvema organoma. Zunanje fistule (eksterne) so nenormalne povezave s kožo oziroma organi, ki izločajo na kožo (vagina, obraz, trebušna stena). Merimo količino izločka, opazujemo vonj, konzistenco, prisotnost encimov (Vancouver island health authority, 2007). Potrebno je nadomeščanje tekočin in elektrolitov. Če izločka ne moremo nadzorovati z vpojnimi oblogami, uporabimo zbiralne vrečke.

RAZPRAVA

V paliativni medicini se stanje ran še posebej hitro spreminja, zato je sprotno preverjanje odločitev v načrtu zdravstvene nege rane nujno, saj je vsaka rana dinamična. Maligna rana se razvije pri manjšem številu pacientov (5-10 % pacientov z maligno boleznijo), a predstavlja največje izzive v oskrbi.

Sodobno teorijo celjenja ran, ki je potrdila hitrejšo epitelizacijo površinskih ran, je postavil Winter leta 1962. Celjenje ran v vlažnem okolju je postalo zlati standard in razvili sta se teoriji o pripravi dna rane za celjenje in ravnovesje vlage v rani. Oblikovali so orodja za ugotavljanje rizičnih faktorjev za razvoj ran pri pacientih, vendar njihova uporabnost v paliativni medicini ni dokazana. Učinkovita oskrba ran v paliativni medicini namenja skrb strižnim silam in trenju, maceraciji kože, prehrani in hidraciji kot tudi pomičnosti pacienta in podpornim površinam – ležiščem, ki so uporabljana. Vplivi kroničnih ran so fizični (izloček, neprijeten vonj, okužba, bolečina, težave pri nameščanju in pritrditvi oblog), psihični, čustveni in socialni. Osredotočamo se na dosegljive cilje, ki niso zacelitev ran, temveč udobje pacienta. V paliativni medicini se vlažno celjenje ran izkaže velikokrat za neprimerno in zato iščemo alternativne možnosti (McManus, 2009).

Vključitev enterostomalnega terapevta v tim je ključnega pomena, saj z ekspertnim poznavanjem oskrbe ran največ pripomore h kakovostnemu življenju pacienta z maligno rano (Shu-Fen, 2008).

ZAKLJUČEK

Multidisciplinarni pristop je optimalen za načrtovanje zdravstvene nege in stroškovne učinkovitosti glede na pacientovo perspektivo in pričakovano dobo preživetja.

Potreben je sistemski in celostni pristop pri obravnavi kompleksnih malignih ran. Uporaba kliničnih pokazateljev in preverjenih orodij za ocenjevanje stanja nam prikaže realistična pričakovanja in poda temelj za načrtovanje preventivnih ukrepov, strategij oskrbe in zdravljenja po strokovnih smernicah. Cilj ni zacelitev maligne rane, temveč stabilizacija in obvladovanje neprijetnih simptomov ter skrb za udobje (Chrisman, 2010).

LITERATURA

1. Bryant RA, Nix D (2012). *Acute&chronic wounds current management concepts*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
2. Chrisman CA (2010). Care of chronic wounds in palliative care and end of life patients. *International wound journal*; 7(4): 214-34.
3. Man Siu-ling E, Kwan Wai-man C (2004). Management of malignant wound: nursing perspective. *HKSPM newsletter*; 2:11. Dostopno na: <http://www.fmsk.org/database/articles/hkspm2004sepp1113>, (8. 1. 2014).
4. McManus J (2009). Principles of skin and wound care: the palliative approach. *Wounds UK*; 5(1): 31-41.
5. Shu-Fen Lo, Wen-Yu Hu et al (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*; 17: 2699-2708.
6. Vancouver island health authority (2007). Wound and skin care clinical guidelines. Dostopno na: wound and skin care clinical guidelines april 2007.chapter 10: malignant wounds , (8. 1. 2014).
7. Woo KY, Sibbald RG (2010). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Wound care journal*; 23: 417-28.
8. Uršič H, Brečelj E et al. (2005). Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran. Ljubljana: DORS. Dostopno na: <http://www.dors.si/strokovne-vsebine/priporocila>, (8. 1. 2014).

PREPREČEVANJE RAZJEDE ZARADI PRITISKA V DSO - PRIMER DOBRE PRAKSE

Frančiška Pinoza dipl. m. s., dipl. org.

IZVLEČEK

Znano je, da v Sloveniji kot tudi v Evropi število starejših ljudi narašča. Staranje je naravni in neizogiben proces in poteka od rojstva do smrti. Nekateri starostniki so realativno zdravi in sposobni opravljati vse aktivnosti samostojno, medtem ko se pri drugih pojavljajo problemi pri gibanju. V domovih starejših občanov potekajo številne aktivnosti na področju preprečevanja razjede zaradi pritiska, ki so predmet zagotavljanja kakovosti. V prispevku je opisano, kako v Domu starejših občanov Tisje zaposleni zagotavljajo stanovalcem kakovostno zdravstveno oskrbo na področju preprečevanja razjede zaradi pritiska.

KLJUČNE BESEDE:

preventiva, starostnik, mobilnost.

UVOD

Dodana vrednost za preprečevanje razjede zaradi pritiska se odraža v boljšem načrtovanju dela, boljšem pregledu nad stanovalcem, večji sledljivosti napak, boljši kakovosti dela in navsezadnje v zmanjšanju števila razjed zaradi pritiska.

Razjeda zaradi pritiska zmanjša kakovost življenja pacienta. Ljudje, ki so prizadeti zaradi te vrste patologije, so večinoma starejši in imajo poleg razjede zaradi pritiska še druge spremljajoče bolezni. Z naraščanjem števila starejših ljudi narašča število bolnikov s kroničnimi obolenji, ki so tvegana skupina za nastanek razjede zaradi pritiska. V preteklosti so bili prepričani, da je nastanek razjede zaradi pritiska rezultat slabe nege. Pomembno je, da takoj ob spremembi splošnega stanja oziroma poslabšanju splošnega stanja ugotovimo ogroženost nastanka razjede zaradi pritiska in takoj ukrepamo (Mertelj in Kramar, 2007).

DEJAVNI TVEGANJA ZA NASTANEK RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Lah (2011) pravi, da je glavni dejavnik tveganja za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP) nepomičnost bolnika, pri katerem se koža in globlja tkiva ob dogotrajnem mirovanju okvarijo zaradi pritiska v predelih, na katerih pritisk na tkiva presega pritisk v kapilarah.

Strižna sila pogosto deluje na tkiva na križu, na predelu sednic, na petah, lopaticah, če bolnik dlje časa leži z dvignjenem vzglavjem ali v poldosednem položaju ali če sedi na nepravilno pripravljenem ležišču in če pri tem trup drsi proti vznožju postelje. Sila drsenja se prenaša na križno kost in njene čvrsto pritrjene ovojnice. Obtok tkiva se v prizadetem delu prekine najprej v globokih delih tkiva. Neprekrvavljeno tkivo odmre, še preden se pojavijo znaki razjede zaradi pritiska. Pri tej obliki okvara napreduje iz globine navzven proti površini kože in se pokaže šele čez 48 ur. Ko nekrotično tkivo odpade, imamo pred seboj globoko razjedo zaradi pritiska, ki je na dnu širša kot na površini. Namestitev polprepustnih obličev na izpostavljene dele telesa (komolci, pete,

predel trtice) zmanjšuje delovanje sil trenja in strižnih sil. Pacient naj za dvigovanje in premikanje v postelji uporablja trapez, vzglavje naj ne bo dvignjeno za več kot 30 stopinj (Mertelj in Kramar, 2007).

Koža pri starostniku je tanjša, zmanjšan je občutek dotika, odpornost tkiva na poškodbe je manjša (Mertelj in Kramar, 2008).

Zelo suh pacient ima malo maščevja, ki ščiti kožo, debelost zmanjšuje gibljivost. Slaba prehrana bistveno pripomore k zmanjšanju telesne teže, znižanju nivoja albuminov, globulinov in hemoglobina (Trček, 2007).

PREPREČEVANJE RZP V DSO TISJE

Ob vsakem sprejemu v DSO naredimo pri stanovalcu oceno ogroženosti za nastanek RZP po Waterlow lestvici. V DSO Tisje deluje skupina za preprečevanje RZP, ki glede na oceno ogroženosti za nastanek RZP pri vsakem stanovalcu naredi individualni načrt preprečevanja RZP.

Po novih smernicah pri stanovalcih, ki dosežejo skupno število točk po Waterlow lestvici 10, oceno ogroženosti ponovimo 1-krat na mesec oziroma pri vsakem poslabšanju zdravstvenega stanja stanovalca. Že pri oceni 10 točk naredimo načrt in to tako, da izberemo primerno preventivno blazino, ki bo pomagala preprečevati nastanek RZP.

Pri kakršni koli spremembi na slabše, se pravi, da se število točk pri oceni ogroženosti za nastanek RZP poveča, naredimo ponovni načrt zdravstvene nege stanovalca. Izberemo prave pripomočke, antidekubitusno blazino, ki je primerna za stanovalca, pripomočke, ki jih potrebujemo pri obračanju in prestavljanju. Spremlja se bolečina po lestvici VAS in poskrbimo za dopolnitev prehrane; vse ukrepe pa dokumentiramo.

Slika 1 prikazuje prvi primer in sicer RZP na križnici. Na Sliki 2 vidimo drug primer; in sicer RZP na peti.

Slika 1. RZP na križnici.



Vir: Arhiv DSO.

Slika 2. RZP na peti.



Vir: Arhiv DSO.

Pojav RZP vedno dokumentiramo, to pomeni, da naredimo oceno, določimo stopnjo, jo fotografiramo in prijavimo delavni skupini in zdravniku. Zdravnik RZP zabeleži v zdravstveni karton. Pri obeh primerih smo izvedli preventivne in terapevtske ukrepe, namestili smo Roho blazino, RZP smo zaščitili s poliuretansko peno, dodali smo dodatek k prehrani. Nastavljen je bil list obračanja, ob vsakem obračanju je sledil podrobnejši pregled kože. Zaradi izvedenih ukrepov se RZP ni poslabšala. V prvem primeru se je RZP zacelila v 14 dneh, v drugem pa v 7 dneh.

MOŽNOSTI PREVENTIVNIH UKREPOV V DSO

V preventivi razjede zaradi pritiska je izjemno pomembna uporaba razbremenilnih pripomočkov, katerih osnovni namen je zmanjševanje pritiska na izpostavljenih delih in njegova razporeditev na večjo površino ali izmenično prerazporejanje (Jelen, 2011).

Pacientu vedno razložimo način delovanja pripomočka (Vilar, 2011). Med preventivne pripomočke štejemo blazine iz raznovrstnih materialov in različnih tehnologij, nadvložke, sedežne blazine za vozičke, blazine za podlaganje pacientov, ki so lahko iz različnih materialov (Jelen, 2011).

Preventivne blazine z nizko izgubo zraka pospešijo izhlapevanje vode na koži, kar lahko privede do dehidracije pacienta. To izgubo tekočine je treba upoštevati pri dnevnem vnosu tekočine. Preventivni pripomočki z izmenjujočim polnjenjem pa lahko pri posameznikih povzročijo nespečnost in slabost, zato niso vsi pripomočki primerni za vsakogar. Nameščanje perila na preventivni pripomoček naj bo omejeno. Pacientovo splošno zdravstveno stanje in njegove potrebe so osnova za vrsto in količino perila. Splošno pravilo je »manj je bolje«. Pri uporabi preventivnih pripomočkov z nizko izgubo zraka zelo skrbno izbiramo perilo in inkontinenčne pripomočke. Prizadevati si moramo, da ne ovirajo pretoka zraka, saj je to v nasprotju z

učinkovitostjo delovanja preventivnih pripomočkov. Inkontinenčni pripomočki ovirajo pretok zraka in povečajo toploto in vlago na koži. Kadar je uporaba inkontinenčnega pripomočka nujna, uporabimo pripomočke, ki še zagotavljajo pretok zraka (Vilar, 2011).

Menjava lege telesa je najboljši in najcenejši način za preprečevanje razjede zaradi pritiska, saj kljub pripomočkom, ki so nam na voljo, še vedno ostaja pomemben preventivni ukrep. S spreminjanjem lege telesa ne zmanjšamo pritiska, ampak samo čas delovanja. Menjavo lege telesa prilagajamo posamezniku in njegovemu bolezenskemu stanju.

Pomembno pa je opozoriti tudi na pravilno tehniko obračanja in prestavljanja, pravilno namestitvev posteljnine in posteljnega perila.

V današnjem času je že veliko razbremenilnih pripomočkov na tržišču, tako da je težko izbrati tistega, ki bi bil najprimernejši za posamezno osebo. Pri tem moramo biti zelo previdni.

Poznamo:

1. statične blazine, ki pritisk razbremenijo na večjo površino, in te so:

- zračne blazine, ki so polnjene z zrakom, pri njih je potrebno paziti, da jih ne prebodemo,
- blazine polnjene z gelom, edina slaba lastnost teh blazin je, da so težke in se seveda ne smejo predreti,
- blazine polnjene s silikonom, te blazine so sestavljene iz več valjev, ki so napolnjeni z votlimi silikonskimi vlakni, blazina omogoča kroženje zraka,
- blazine polnjene s tekočino, blazina ima žepke napolnjene z viskozno tekočino, ki obdajo kostne štrline in se vsakič posebej prilagodijo obliki in poziciji telesa, telo tako globlje potone, kar omogoča optimalno porazdelitev pritiska,
- - blazine iz visokoelastične spominske pene, teh blazin je zelo veliko, razlikujejo se po sestavi in gostoti, večinoma so sestavljene iz več plasti pen, na vrhu je vedno plast spominske pene, reagira na toploto telesa in se vsakič lepo oblikuje po telesu,
 - ROHO blazine, ki v suhem okolju posnemajo lastnosti vode, človek na blazini »plava«;

2. dinamične blazine, ki izmenično razporejajo pritisk v kratkih časovnih intervalih in za svoje delovanje potrebujejo električno energijo. (Jelen, 2011)

Stanje ustrezne prehranjenosti bolnika je pomemben dejavnik pri preprečevanju razjede zaradi pritiska. Težave v zvezi s prehranjenostjo so lahko povezane s slabim žvečenjem hrane, slabim umetnim zobovjem in težavami pri požiranju (Mertelj in Kramar, 2007).

Dobra hidracija na splošno pozitivno vpliva na zdravje in preprečuje marsikatero zdravstveno težavo in s tem tudi preventivno deluje na nastanek razjede zaradi pritiska. Voda zadržuje napetost kože in jo s tem varuje pred odrgninami, ki se lahko razvijejo v višjo stopnjo razjede zaradi pritiska (Vražič, 2010).

Poznamo različne kozarce z nastavkom za pitje, ki imajo prilagojene oblike, da jih pacienti lahko samostojno držijo v rokah in sami pijejo, kar je najbolj priporočljivo. Pri stanovalcih z motnjami požiranja se prilagaja tehnika hranjenja. Da preprečimo aspiracijo tekočine uporabljamo tudi sredstva za zgoščevanje tekočin. V primerih akutnih obolenj paciente za krajša obdobja v DSO oskrbujejo tudi s podkožnimi infuzijami.

Telesna higiena je izrednega pomena. Medicinske sestre, ki bolnika negujejo, skrbijo za nego kože tako, da bolnika umivajo z vodo in po potrebi z nevtralnimi milom, ki kože ne osuši preveč.

Posebno pozornost posvečajo bolniku z motnjami v zadrževanju seča in blata. Kožo redno pregledujemo in najmanjšo rdečino povrhnjice obravnavamo resno, da preprečimo poškodbo nižje ležečih plasti kože. Da smo učinkovitejši, večkrat dnevno pregledamo izpostavljena mesta in takoj ukrepamo (Gavrilov, 2007).

Prostori v DSO so prilagojeni gibalno oviranim oskrbovancem, le-ti imajo prilagojene kopalniške vozičke, dvigala ipd.

ZAKLJUČEK

Za uspešno preventivo je potrebno vsakega stanovalca v DSO obravnavati celostno in individualno. Zagotoviti mu je potrebno pripomoček, ki ustreza njegovim potrebam.

Še vedno velja, da je bolje preprečevati kot zdraviti. Pravočasna ugotovitev nevarnosti za nastanek razjede zaradi pritiska je za njeno preprečevanje bistvenega pomena. V praksi zdravstvene nege se žal preprečevanje razjede zaradi pritiska še prepogosto začne šele takrat, ko so spremembe na koži že vidne. V primerih dobre prakse si poskušamo stvari poenostaviti z uporabo Waterlow lestvice. Uporaba te metode je uspešna za rutinsko ugotavljanje stopnje možnosti nastanka razjede zaradi pritiska.

LITERATURA

1. Gavrilov N (2007). Razjeda zaradi pritiska – nastanek, vzroki in preventiva. V: Gavrilov N (ur.) in Trček M (ur.). Zbornik predavanj enterostomalne terapije Ljubljana. Klinični center, Področje za zdravstveno nego; 305–314.
2. Jelen A (2011). Pripomočki za preventivo razjede zaradi pritiska. V: Vilar V (ur.). Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 67–93.
3. Lah A (2011). Patofiziologija nastanka razjede zaradi pritiska. V: Vilar V (ur.). Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 197–223.
4. Mertelj O, Kramar Z (2007). Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri bolnikih, ki so ogroženi za razjede zaradi pritiska. V: Filej B (ur.), Kersnič P (ur.). Zbornik predavanj in posterjev 6. Mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege; 87–94.
5. Mertelj O, Kramar Z (2008). Ali s kakovostno zdravstveno nego lahko vplivamo na zmanjšanje pojavnosti razjede zaradi pritiska? V: Kramar Z, Kraigher A (ur.). Zbornik predavanj. 2. strokovni seminar Dnevi Angele Boškin – Dejstvo za kakovost Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 163–174.
6. Trček M (2007). Pomen pravilne prehrane pri bolniku s kronično rano. V: Vilar V (ur.). Razjede zaradi pritiska kot kazalnik kakovosti. Zreče: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 65–72.
7. Vilar V (2011). Preventivni pripomočki pri zdravljenju razjede zaradi pritiska. V: Vilar V (ur.). Evropske smernice za preventivo in oskrbo razjede zaradi pritiska. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 197–223.
8. Vražič Z (2010). Vloga ustrezne hidracije na celjenje kronične rane. V: Vilar V (ur.). Prehranska podpora pacientov s kronično rano. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 59–64.