

GDY ZAWIEDZIE PROFILAKTYKA... ODLEŻYNY – PROBLEM NIE TYLKO SZPITALNY

When prevention fails... A problem not only bedsores hospital



Joanna M. Stafiej¹, Maria T. Szewczyk²

¹Katedra i Klinika Chorób Oczu, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 3: 171-174

Adres do korespondencji:

dr hab. med. **Maria T. Szewczyk**, prof. UMK, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki Nr 2, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, e-mail: mszewczyk@cm.umk.pl

Streszczenie

Odleżyna należy do ran przewlekłych i występuje u pacjentów długotrwale unieruchomionych. Może się rozwinąć w ciągu zaledwie kilku godzin, leczenie nie zawsze przynosi efekty, a współistniejące zakażenie zwiększa ryzyko śmierci.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku całkowitego wygojenia rany odleżynowej V stopnia w warunkach domowych i mimo złego rokowania, przy zastosowaniu leczenia zachowawczego.

Rana odleżynowa V stopnia u chorej obciążonej dużym ryzykiem wystąpienia odleżyn (9 pkt w skali Braden i 10 pkt w skali Norton) leczonej zachowawczo z zastosowaniem implantów i opatrunków nowej generacji. Uzyskano całkowite wygojenie rany po 6 tygodniach. Stosowanie opatrunków nowej generacji daje szansę na szybsze i skuteczniejsze leczenie ran odleżynowych.

Słowa kluczowe: owrzodzenie odleżynowe, rana przewlekła, opatrunek, implant, opieka.

Summary

Pressure ulcer is considered a chronic wound and is found in patients requiring long-term bed care. It can develop in just a few hours, the treatment is not always successful and the accompanying infection increases the risk of death.

Aim: Presenting a case of complete recovery from a grade V decubitus wound in home treatment despite bad prognosis and with employing conservative care. Grade V decubitus wound in a patient at high risk of developing bedsores (9 points in Braden scale and 10 points in Norton scale) treated conservatively with use of new generation dressing. Wound healed completely after 6 weeks. Application of new generation dressing and implants allows for faster and more successful treatment of decubitus wounds.

Key words: pressure ulcer, chronic wound, dressing, implant, care.

Wstęp

Mimo postępu wiedzy o ranach przewlekłych i stosowania nowych metod leczenie ran odleżynowych jest nadal aktualnym problemem terapeutycznym, szczególnie wśród osób starszych leżących bądź chorych po urazach rdzenia kręgowego. Problem ten dotyczy zarówno chorych przebywających w szpitalach, na oddziałach leczenia paliatywnego, jak i w domu chorego. Odleżyna może się rozwinąć zaledwie w ciągu kilku godzin, podczas gdy jej leczenie może trwać miesiące, o ile w ogóle się powiedzie, ponieważ często współistniejące zakażenie znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia ciężkich powikłań i śmierci [1]. W przypadku ran przewlekłych zawsze znacznie obniża się jakość życia, co spowodowane jest m.in. bólem,

dyskomfortem i nieprzyjemnym zapachem. Długotrwałe rany przewlekłe mogą prowadzić do izolacji społecznej i depresji.

Najbardziej narażeni na powstanie odleżyn są chory z upośledzeniem krążenia, niedowładem, otyłością lub osoby bardzo wychudzone oraz nietrzymające moczu i stolca. Pierwsze standardy zapobiegania i leczenia odleżyn zostały wprowadzone w Holandii w 1985 r., później w Stanach Zjednoczonych w 1989 r. i 1994 r. [2]. Niestety, postęp wiedzy o ranach przewlekłych i stosowanie szeroko zakrojonej profilaktyki nie uwolnił środowiska medycznego od problemu powstawania – czasami bardzo głębokich i rozległych – owrzodzeń odleżynowych.

Opis przypadku

Celem pracy jest przedstawienie przypadku całkowitego zachowawczego wygojenia rany odleżynowej V stopnia w warunkach domowych mimo złego rokowania.

Ocena ryzyka rozwoju odleżyn

Biorąc pod uwagę, że poszczególne skale uwzględniają różne czynniki uznawane za ważne w etiologii odleżyn, autorki postanowiły oprzeć się na dwóch skalach.

- Skala Braden – opracowana na podstawie koncepcji identyfikującej dwa podstawowe, znaczące elementy w rozwoju odleżyn – częstotliwość i czas trwania ucisku oraz tolerancję skóry na jego oddziaływanie.

Czynniki poddawane ocenie wg skali Braden dotyczą aktywności i mobilności, ekspozycji skóry na działanie wilgotności, percepcji bodźców oraz stanu odżywienia, punktowanych w skali 4-punktowej (1–4 pkt). Za graniczną liczbę punktów wskazujących na obecność ryzyka przyjęto 16 pkt [3–5]. W opisywanym w niniejszej pracy przypadku liczba punktów wg tej skali wynosiła 9.

- Skala Norton – analizuje pięć kolejnych cech: stan fizyczny, stan świadomości, aktywność, mobilność oraz funkcję zwieraczy odbytu i cewki moczowej.

Każda z tych cech analizowana jest oddzielnie, a liczba przypisywanych punktów waha się od 1 (przy złym funkcjonowaniu w danym obszarze) do 4 (gdy nie występują zaburzenia lub odchylenia od stanu prawidłowego). Maksymalnie pacjent może uzyskać 20 pkt i taki wynik jest dla niego korzystny. Całkowita suma równa 14 pkt stanowi wartość graniczną i oznacza zwiększone ryzyko rozwoju odleżyn [4, 5]. W opisywanym przypadku liczba punktów obliczona wg tej skali wynosiła 10.



Ryc. 1. Rozległa rana odleżynowa V stopnia, widok od dołu

Profilaktyka przeciwoleżynowa

- Jak wynika z oceny ryzyka rozwoju odleżyn, chora była w znacznym stopniu zagrożona powstaniem odleżyny, nawet przy bardzo starannie prowadzonej profilaktyce. Dodatkowe utrudnienie stanowił fakt, że była to osoba w podeszłym wieku (94 lata), z demencją, i należało się liczyć raczej z pogorszeniem stanu ogólnego niż z jego poprawą. Pielęgnacja chorej polegała na regularnej zmianie pozycji ciała, stabilizacji jej pozycji za pomocą odpowiednich, miękkich podpórek, zapobieganiu uciskowi tkanek, obserwacji stanu skóry oraz przeciwdziałaniu jej wysuszeniu (nawilżanie i natłuszczenie). Dbano też o odpowiednie odżywienie, podając 4 posiłki dziennie zawierające białko (mięso oraz nabiał) zmiksowane z gotowanymi warzywami.

Odleżyna – postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne

Mimo systematycznie prowadzonej profilaktyki w czasie jednej nocy powstała odleżyna na pięcie, która w ciągu dwóch kolejnych dni pogłębiła się, tworząc głęboką ranę V stopnia. Uszkodzenie obejmowało nie tylko skórę (powierzchnia odleżyny 4 cm × 8 cm), lecz także tkankę podskórną, sięgając w głąb tkanek aż do mięśni i kości. Łożysko rany było pokryte czarną tkanką martwiczą (ryc. 1 i 2.). Z uwagi na ranę, tj. jej głębokość i zmiany martwicze sięgające do kości, zastosowano w leczeniu miejscowym rany implanty z gąbki garamycynowej oraz sterylne opatrunki hydrożelowe. Gąbka garamycynowa to kolagen pochodzenia bydłowego zawierający gentamycynę w postaci siarczanu. Implanty na kość nakładano co 6 dni po wcześniej przeprowadzonym płukaniu i mechanicznym oczyszczaniu rany z martwicy. W celu dokładnego pokrycia rany gąbkę przycinano jałowymi nożyczkami odpowiednio do kształtu rany po bezpośrednim wyjęciu z opakowania (ryc. 3.). Implanty (część zewnętrzną) zmieniano co 2 dni, za każdym razem pokrywając ją dodatkowym jałowym opatrunkiem hydrożelowym. Następnie całość zabezpieczano gazą.



Ryc. 2. Rozległa rana odleżynowa V stopnia, widok z boku



Ryc. 3. Rana odleżynowa zaopatrzona gąbką garamycynową



Ryc. 4. Wygojona rana odleżynowa

Po 4 tygodniach opisanego powyżej postępowania miejscowego i pielęgnacji uzyskano znaczną poprawę i zmniejszenie głębokości, a także powierzchni rany, a po 6 tygodniach całkowite wygojenie z pozostawieniem za głębionej blizny (ryc. 4.).

Omówienie

Znajdowane w literaturze liczne doniesienia opisujące próby znalezienia skutecznego leczenia ran odleżynowych i profilaktyki świadczą, że jest to poważny i nadal nierozwiązany problem, z którym zmagają się lekarze i pielęgniarki na całym świecie [6–10]. W piśmiennictwie coraz częściej pojawiają się dowody, że również niedokrwienie może stanowić główny czynnik powodujący powstawanie odleżyn [11]. Rany odleżynowe bardzo trudno poddają się leczeniu, a nierzadkie są przypadki zupełnych niepowodzeń prowadzących do śmierci. Dlatego wczesne włączanie specjalistycznych procedur pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych, zapewnienie sprzętu, udogodnień i specjalistycznych opatrunków może ograniczyć występowanie odleżyn. Obecnie coraz szerzej w pielęgnacji i leczeniu rany przewlekłej stosuje się implanty i specjalistyczne opatrunki, które dają szansę na szybsze i skuteczniejsze leczenie [12, 13]. Aktualnie obowiązujące standardy w przypadku leczenia ran przewlekłych promują poza leczeniem ogólnym leczenie miejscowe, tj. opracowanie łożyska rany i leczenie zakażenia wg strategii TIME. Strategia ta wyznacza zakres działań popartych dowodami naukowymi i jest rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, a także Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego. Akronim oznacza:

- T (*tissue debridement*) – opracowanie martwych tkanek,
- I (*infection and inflammation control*) – kontrola infekcji i zapalenia,
- M (*moisture balance*) – utrzymanie równowagi wilgotności,

- E (*edges, epidermization stimulation*) – brak migracji naskórka wynikający z zaburzenia macierzy pozakomórkowej lub brzegów rany (pobudzenie naskórkowania) [14].

Zaburzenia w procesie gojenia ran przewlekłych nie zostały jeszcze w pełni poznane, z pewnością proces gojenia warunkowany jest wieloma czynnikami ogólnymi i miejscowymi. Uważa się, że u chorego z niegojącą się głęboką raną przewlekłą, mimo braku klinicznych cech zakażenia należy zastosować antybiotykoterapię celowaną. Rozpoznanie rany przewlekłej z martwicą sugeruje duże prawdopodobieństwo obecności infekcji [15]. Gąbka garamycynowa i stopniowo uwalniana gentamycyna z wchłanianego nośnika kolagenowego daje wysoką miejscową koncentrację antybiotyku i jak wykazały badania Friberga i wsp., nie powoduje wzrostu oporności [16].

Podsumowanie

Niekiedy mimo prowadzenia kompleksowych działań profilaktycznych i optymalnej opieki nad chorym unieruchomionym dochodzi do rozwoju odleżyny. Odleżyny ulegające zakażeniom i innym miejscowym lub ogólnym powikłaniom wymagają podejścia specjalistycznego i opieki zgodnej z najnowszą wiedzą medyczną zapewniającą optymalne gojenie i rekonwalescencję. Stosowanie specjalistycznych implantów i opatrunków nowej generacji daje szansę na szybsze i skuteczniejsze miejscowe leczenie ran. W opisywanym przypadku po 6 tygodniach uzyskano całkowite wygojenie rany.

Piśmiennictwo

1. Jaul E. Prevention of pressure ulcers – review of the evidence. *Harefuah* 2008; 147: 804-808.
2. Sopata M, Tomaszewska E, Głowacka A. Odleżyny – ocena ryzyka zagrożenia i profilaktyka. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 4: 165-169.
3. Frantz RA. Evidence-based protocol prevention of pressure ulcers. *J Gerontol Nurs* 2004; 30: 4-11.

4. Pang SM, Wong TK. Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden, and Waterlow scales in a Hong Kong rehabilitation hospital. *Nurs Res* 1998; 47: 147-153.
5. Balzen K, Schrniedl C, Dassen T, et al. Care Dependency Scale: comparing their validity of predicting patients' pressure sore risk. *EPUAP Review* 2001; 4: 2.
6. Sipponen A, Jokinen JJ, Sipponen P, et al. Beneficial effect of resin salve in treatment of severe pressure ulcers: a prospective, randomized and controlled multicentre trial. *Br J Dermatol* 2008; 158: 1055-1062.
7. Chan DC, Fong DH, Leung JY, et al. Maggot debridement therapy in chronic wound care. *Hong Kong Med J* 2007; 13: 382-386.
8. Medrano S, Beneke MJ. Acoustic pressure wound therapy to debride unstable pressure ulcers in the acute care setting: a case series. *Ostomy Wound Manage* 2008; 54: 54-58.
9. Reddy M, Gill SS, Kalkar SR, et al. Treatment of pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2008; 300: 2647-2662.
10. Jull AB, Rodgers A, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 8(4): CD005083.
11. Campbell C, Parish LC. The decubitus ulcer: facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010; 28: 527-532.
12. Szewczyk MT, Cwajda J, Cierzniaowska K. Zasady prowadzenia skutecznej profilaktyki ran odleżynowych. *Wiad Lek* 2006; 59: 842-847.
13. Szewczyk MT, Cwajda J, Cierzniaowska K, Jawień A. Wybrane aspekty leczenia ran przewlekłych. *Przew Lek* 2005; 5: 54-60.
14. Szewczyk MT. Cele i metody opracowania rany. W: *Owzrodzenia żyłne goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). *Twoje Zdrowie*, Warszawa 2005; 139-145.
15. Koblik T. Diabetic foot syndrome. Difficult to heal and chronic wounds – important medical problem. *Diabetol Prakt* 2007; 8: 22-27.
16. Friberg Ö, Dahlin LG, Källman J, et al. Collagen-gentamicin implant for prevention of sternal wound infection; long-term follow-up of effectiveness. *Interact CardioVasc Thorac Surg* 2009; 9: 454-458.