

PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ I.

U dekubitů, a jiných ran, obecně platí, že je lepší vzniku ran předcházet, než je následně léčit.

1. Prevence	1
2. Polohování	2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Domníváte-li se, že by Váš pacient (klient, rodinný příslušník) mohl být vzhledem k charakteru svého onemocnění ohrožen vznikem dekubitů, měli byste nejdříve zhodnotit, zda jeho celkový zdravotní stav patří do některé z rizikových skupin s nebezpečím vzniku dekubitů, abyste jej zbytečně nezatěžovali nepřiměřenou péčí.

Zhodnocení stupně rizika se provádí na základě určitých kritérií, dle specifických tabulek, např. stupnice rizika vzniku dekubitů podle Nortonové, Bradenové nebo se používá rozsáhlé hodnocení celkového stavu dle IGAP. Rovněž je možné ověřit stupeň soběstačnosti pacienta pomocí testu ADL dle Barthela.

Kdy provádět hodnocení rizika?

- u akutní péče se základní hodnocení provádí při příjmu pacienta (resp. do 2-24 hod. po příjmu), hodnocení se opakuje každých dalších 48 hodin nebo při změně stavu pacienta, hodnocení je nutné nejen archivovat, ale zejména výsledky aplikovat do praxe
- u dlouhodobé péče (LDN, apod.) - základní hodnocení se provádí při příjmu pacienta, opakuje se 1x týdně během 1.měsíce hospitalizace, dále měsíčně nebo čtvrtletně a také vždy, když dojde ke změně stavu pacienta
- u domácí ošetrovatelské péče - základní hodnocení se provádí při zahájení péče, stav se kontroluje při každé návštěvě sestry domácí péče, přehodnocení lze provádět v intervalech jako u dlouhodobé péče
- stanovení rizika - 2-24 hod. od přijetí pacienta

Vyhodnocením testů se zjistí, zda je pacient bez rizika, s nízkým, středním, vysokým nebo velmi vysokým rizikem vzniku dekubitů. Na základě zjištěného stupně rizika je potom nutné zvolit vhodnou kombinaci preventivních opatření s nezbytnými ošetrovatelskými technikami.

Příklad preventivních opatření pro snížení rizika vzniku dekubitů je uveden na stránce "vyhodnocení rizika". Celkové riziko vzniku dekubitů je rozděleno na 4 podskupiny preventivních opatření proto, aby se např. pacient s nízkým rizikem vzniku dekubitů zbytečně nezatěžoval opatřeními pro velmi vysoký stupeň rizika.

Obecný přístup k pacientům se zvýšeným rizikem vzniku dekubitů je uveden níže.

1. Prevence

Dobře organizovaná a kvalitní ošetrovatelská péče má zásadní význam nejen při léčení dekubitů, ale i při prevenci, a to jak ve zdravotnickém zařízení, tak i doma. Na vzniku dekubitu se podílí

trvalé působení tlaku v čase v kombinaci s vnějšími a vnitřními faktory.

Zcela nezastupitelné místo v prevenci a léčbě dekubitů má pravidelné polohování pacienta.

Významnými pomůckami jsou podložky, různé typy speciálních nafukovacích matrací, vzduchových i vodních lůžek.

Nesmírně důležitá je dostatečná výživa (nutrice) pacienta, prevence otoků, hygiena a ochrana pacienta před infekcí.

Cílem prevence je snaha předcházet vzniku dekubitů řádnou hygienou, pravidelným a častým polohováním, kvalitní stravou, rehabilitací a pozornou péčí o pacienta.

Pro prevenci vzniku dekubitů platí tyto obecné zásady:

- polohování (zkracování doby působení tlaku, aby nepřekročil prahovou hodnotu)
- používání antidekubitních pomůcek (blokování nepříznivých mechanických vlivů vnějšího prostředí)
- hygiena (blokování nepříznivých chemických a infekčních vlivů vnějšího prostředí)
- rehabilitace je nedílnou, důležitou součástí prevence
- normalizace celkového stavu - vnitřní prostředí, výživa, krevní oběh, okysličování, zvládání celkové infekce apod.
- u dekubitů při postižení řídicích systémů (mozek, mícha), u psychických postižení (psychická a psychiatrická onemocnění) a plegií je nutné pečlivě volit specifický ošetrovací a životní režim vzhledem k danému typu postižení
- riziková místa a dekubity nikdy nemasírovat, masáž poškozeného podkoží způsobuje maceraci kůže a degeneraci podkožních tkání, které jsou nejvíce namáhány, zejména u starších lidí, při masírování je podkoží smýkáno!!
- po vyhodnocení stupně rizika vzniku dekubitů ihned aplikovat příslušná preventivní opatření a ne pouze získané výsledky zapsat do dokumentace pacienta

Preventivní režim je nutné vždy přizpůsobovat konkrétnímu typu onemocnění a specifickým potřebám jednotlivých pacientů (klientů, nemocných rodinných příslušníků).

Snažme se poskytovat pacientům kvalitní preventivní péči, než řešit již vzniklé dekubity a navazující komplikace.

Pacienta ušetříme značných útrap a pečujícím osobám a rodinám čas a značné finanční prostředky na nákladnou a dlouhodobou léčbu dekubitů.

Zásady prevence dekubitů při postižení řídicích systémů (mozek, mícha)

1) psychické poruchy:

- u osob s dekubity nebo u ohrožených dekubity se často objevují i psychické poruchy, které se liší druhem a intenzitou postižení (obvykle se objevují různé depresivní stavy)
- pacient potřebuje trpělivý, šetrný a citlivý přístup a hodně času
- v případech těžkých psychických stavů s poruchami vědomí je nutné postarat se o základní životní potřeby do nejmenších podrobností (nemocní v komatu)

2) plegie:

- prevence dekubitů u osob s poruchami pohybového aparátu - s plegiemi, tj. ochrnutím části těla
- u těchto pacientů je nutné v souvislosti s jejich zdravotním stavem postupovat zvláště důsledně, pečlivě a systematicky, protože je u nich velmi silně snížena celková odolnost organismu a citlivost vnímání bolesti určitých částí těla podle typu postižení (poškození míchy, necitlivost části těla), často se vyskytuje i inkontinence

Rehabilitace

- je nedílnou a důležitou součástí prevence dekubitů
- způsob a intenzita je nutné volit individuálně, aby vysokou intenzitou cvičení nedošlo k poškození zdraví pacienta
- plán rehabilitace konzultovat s rehabilitačními odborníky, dohodnout si školení, jak nemocnému pomáhat při cvičení

Normalizace celkového stavu

- z laboratorních výsledků získat přehled o zdravotním stavu pacienta
- zajistit bohatou a vyváženou stravu (bílkoviny, vitamíny, minerály, stopové prvky), vč. příjmu tekutin
- nezlepší-li se celkový stav nemocného, včetně příjmu stravy a tekutin, budou veškerá ostatní preventivní opatření velmi málo účinná a případné dekubity se nebudou dobře hojit
- je nutné upravit vnitřní podmínky pro hojení ran, zajistit dostatečný přísun stravy a tekutin, nutričně vyváženou stravu, pomáhat pacientovi při jídle, dbát na prevenci a léčbu anémie, sledovat vliv předepsaných léků na hybnost a proces hojení (sedativa a opioidy snižují hybnost, tím je vyvoláván zvýšený tlak na určité části těla, je snížena citlivost na podněty bolesti), sledovat vliv užívání protizánětlivých léků, které někdy snižují rychlost tvorby nových buněk a zhoršují tak proces hojení
- preventivně se někdy provádí dechová cvičení, důležité je zajištění dostatečného přísunu tekutin
- upravit vnější podmínky pro hojení ran, pravidelně kontrolovat a udržovat zdravou a intaktní kůži, podporovat udržení kontinence, efektivně ošetřovat inkontinentní nemocné

2. Polohování:

- je systematická, přesnými pravidly se řídící, změna polohy pacienta na lůžku, v křesle nebo na vozíku, která se provádí v přesných časových intervalech, je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitů, i jejich samotné léčby
- pravidelnými změnami polohy pacienta se zabraňuje nadměrnému působení tlaku na tlakové body (přes kostní prominence) a zajišťuje se tak potřebné okysličování a prokrvování podkožních tkání, většinou se používají boční a šikmé boční polohy, na břicho se polohuje pouze výjimečně, nikdy se nepolohuje na existující dekubit
- intervaly mezi změnami poloh se musí řídit podle okamžitého stavu pacienta, mohou kolísat mezi 10 min. - 4 hod., polohování musí být tím kvalitnější a častější, čím je větší riziko vzniku dekubitů, čím závažnější je postižení ošetřovaného pacienta a čím závažnější je jeho celkový zdra-

votní stav

- nedílnou součástí polohování je přesný písemný denní plán polohování (naplánování časových úseků pro každou polohu ve dne i v noci, plán po 2 hodinách), vč. použití konkrétních polohovacích pomůcek pro každou polohu těla
- důležité také je sledovat úroveň pohodlí pacienta a hlavně umět naslouchat jeho potřebám a přáním
- kontrolovat pokožku - riziková místa nejlépe při každé změně polohy pacienta, nejméně však 1x denně
- jakmile se při zvoleném intervalu polohování objeví příznaky vznikajícího dekubitu nebo dalších dekubitů, je nutné interval mezi změnami polohy ihned zkrátit, a nebo zvolit jiné polohovací pomůcky
- kvalitní matrace nebo typ lůžka dokáže prodloužit interval mezi změnami polohy, snižuje tak fyzickou náročnost práce pro ošetřující personál nebo rodinu, ale nikdy plně nenahradí systematickou péči a pravidelné polohování

Změna polohy na lůžku:

Pohyb na lůžku je velmi důležitý, aby se zabránilo působení dlouhodobého tlaku na jedno místo. Základním pravidlem polohování je neležet přímo na existujících dekubitech nebo na rizikových místech pro jejich vznik.

K uvolnění tlaku se používají molitanové nebo vzduchové matrace, pěnové (molitanové) podložky nebo polštáře pro zmírnění tlaku na existující dekubity, dále měkké polštáře pod lýtka, molitanové ochrany nohou, ochrany pat, molitanové klíny pro zajištění boční nebo šikmé polohy, apod. Molitanové, pěnové podložky se nepoužívají k podkládání přímo, ale nejprve se zabalí do vhodného obalu, např. do povlaku na polštář, do prostěradla, měkkého ručníku, bavlněné pleny apod. (ložní prádlo používat raději měkké, nenaškrobené).

Pokud je pacient schopen samostatného pohybu, je nutné jej informovat, jakým způsobem a v jakých intervalech má svou polohu měnit; pohyblivější, samostatnější pacient by měl měnit polohu každých 10-15 min.

Většinou se používají polohy na zádech, na boku a na boku šikmo (15-30° odchýlení od polohy na zádech). Boční šikmá poloha 30° se jeví z hlediska optimálního odlehčení rizikových míst jako nejvhodnější.

Není-li pacient schopen samostatné změny polohy, musí ho polohovat ošetřující personál nebo rodina. Někdy stačí měnit polohy v intervalu 2 hod., někdy je nutné polohu měnit již po 10-20 min. (to závisí pouze na aktuálním zdravotním stavu pacienta a na jeho pocitech - nikdy nepoužívat nepříjemné, bolestivé polohy).

Polohy se nemění pouze ze zad na boky a naopak, ale za pomoci podkládání (např. polštářem, molitanovými válci, suchými polymery, gelovými podložkami apod.) se používají také polohy šikmé (15-30°), které mají tu výhodu, že působení tlaku více rozkládají. U bočních a šikmých poloh je nutné dávat pozor na to, aby pacient neležel přímo na kyčelní kosti, výběžku kosti stehenní (trochanter), tato místa je nutné vhodným způsobem podložit (měkký polštář).

Polohu na břiše většinou nesnášejí starší pacienti a proto se u nich tato poloha téměř nikdy

nepoužívá.

Je-li dekubit na ohraničené oblasti, např. **na patě nebo na zadní části hlavy**, měly by se použít polohovací pomůcky k nadzvednutí postiženého místa z podložky. Používejte polohovací pomůcky (např. polštáře) také pro uvolnění tlaku na paty (viz níže) a zamezte přímému kontaktu podložky s kostními prominencemi (kolena, kotníky). Rozložení tlaku pod patami a přes výběžky stehenní kosti (trochantery) pomocí podložek je obtížné, protože tyto plochy jsou malé.

Podhlavník zvedejte co nejméně, s ohledem na zdravotní stav a jiné problémy pacienta (např. dýchací potíže), a je-li to nutné, tak pouze na nezbytnou dobu (při jídle), aby se zamezilo poškození tkání způsobené stříhem.

Střížní síly se uplatní tehdy, dochází-li ke skluzu - stříhu mezi odolnou vrchní kůží a spodními vrstvami kůže a podkožím (tělo sklouzává k nohám, vrchní kůže zůstává na místě fixována váhou těla a podložkou). Střížní síly se také uplatňují při sezení na židli, pokud po ní pacient sklouzává dolů. Následkem je deformace a porušení krevního řečiště a tkání v hýždě, sakrální oblasti, tkáně postupně nekrotizují - odumírají, vzniká dekubit.

Polohování na zádech: dávat pozor na otlaky v oblasti týlu, krku, lopatek, hýždě, pat, minimálně 1x denně kontrolovat stav všech rizikových míst

Používat různé podložky, polštáře (i pod nohy, aby tlak v poloze na zádech nebyl na patách), podložky pod patu, pod loket apod.

V případě možností používat antidekubitní podložky a matrace.

Při změně polohy se vždy zeptat pacienta, zda se v nové poloze cítí dobře.

Zcela imobilní pacient by neměl mít zvednutou hlavu a horní polovinu těla výše než 30° nad podložkou, kromě období jídla, aby se zabránilo nežádoucímu "střížnímu efektu" a "sjíždění" po podložce dolů. Naopak je žádoucí, aby mimo období jídla, měl hlavu zvednutou nad podložkou minimálně - tj. kolem 15° (polštáře, podhlavník).

Během jídla používat polohu vsedě nebo polosedě, aby se zabránilo problémům při polykání. Podhlavník lůžka potom vrátit zpět do původní polohy (15-30° nad podložkou), ale nejdříve cca 15-30 min. po jídle.

Má-li pacient ještě jiné zdravotní komplikace (např. dechové obtíže), které se zlepší pouze v poloze vsedě, je nutné nejvhodnější polohu konzultovat s lékařem nebo sestrou.

Odlehčení pat na lůžku: leží-li pacient na zádech, je žádoucí zajistit, aby měl paty trvale nad lůžkem (podložkou) - to se zajistí vložením slabší pěnové podložky nebo polštáře pod nohy mezi střed lýtky a kotníky. Vložená podložka by měla nadzvednout, nadlehčit paty tak, aby bylo možné mezi patou a lůžkem lehce protáhnout kus papíru (nebo noviny, časopis). Účelem je pouze odlehčení pat pacienta a nikoli nadzvednutí celé nohy (při dlouhodobém nadzvednutí nohou na lůžku na zádech dochází ke zhoršení prokrvování tkání, což je ve většině případů nežádoucí). Podložku nebo polštář nedávat přímo pod kolena, leží-li pacient na zádech, protože to může zhoršit průtok krve a živin do spodní části nohou. Nikdy nepoužívejte kruhové polštářky nebo podložky (zejména NE nafukovací kruhy) - zhoršují tok krve do tkání a často způsobují vznik dalších dekubitů.

Polohování na boku: dávat pozor na otlaky v oblasti ramen, pánve, kyčle, výběžků stehenní kosti, kolen, kotníků, minimálně 1x denně kontrolovat stav všech rizikových míst.

Používat polštáře nebo menší pěnové podložky pro zamezení kontaktu mezi koleny a kotníky obou nohou, aby se vzájemně nedotýkaly (tato místa patří mezi rizikové oblasti).

Změna polohy vsedě v křesle nebo na vozíku:

Pokud vydrží pacient sedět v křesle nebo na vozíku, je nutné jej posadit tak, aby byl schopný udržet vsedě vzpřímenou polohu. Kvalitní a pohodlné sezení umožňuje snadnější změnu polohy a pomáhá k prevenci vzniku nových dekubitů. Podle konkrétní potřeby používat polštáře a speciální podložky, které jsou určeny pro uvolnění tlaku na sedacích podložkách, na židlích, v křeslech, na vozících (např. antidekubitní podložka ROHO, plně hradí VZP), použití antidekubitních sedacích podložek je u imobilních pacientů nutností. Použití konkrétního typu podložky však vždy závisí na schopnosti nemocného udržet se vsedě ve vzpřímené poloze (nutno zhodnotit, zda je vhodná podložka ROHO, gelová, nebo molitanová).

Správné sezení pacienta:

Nikdy nesesedět na existujícím dekubitu, jsou-li dekubity na sedací části (v oblasti hýždí), pacienta posazovat pouze na nezbytně nutnou dobu, jinak nechávat ležet na lůžku a využívat bočních a šikmých bočních poloh. Je-li možné tlak na dekubit při sezení úplně uvolnit, potom je možné pacienta posazovat na omezenou dobu. Před posazením je nutné zvážit rozložení váhy, vyvážení, stabilitu pacienta a stupeň trvalého uvolnění tlaku na dekubit.

Pokud pacient nemá v uvedených oblastech dekubity, je možné jej posazovat do křesla nebo na vozík. Při sezení je nutné zajistit, aby měl pacient stehna ve vodorovné poloze a chodidla v pohodlné "neutrální" poloze na podlaze (nohy příp. podložit pevnou podložkou, aby chodidla nebyly "ve vzduchu") nebo na stupačkách vozíku. Lokty, předloktí a zápěstí rukou pacienta je vhodné uložit pohodlně na opěrkách pro ruce nebo i do klína, kam je možné pro lepší uvolnění paží mezi stehna a ruce vložit polštář.

Nemůže-li se pacient sám pohybovat, je třeba mít k dispozici pomocníka, který mu pomáhá měnit polohy vsedě.

Je-li možné pacienta posazovat, je nutné zajistit, aby neseseděl příliš dlouho a aby "nesjížděl" ze židle, z křesla nebo z vozíku. U imobilního, nepohyblivého pacienta záleží hlavně na typu postižení a jeho aktuálním zdravotním stavu, na jak dlouhou dobu může být posazován do křesla nebo na vozík. Současně se musí zkrátit interval polohování vsedě, protože tlak na rizikové oblasti těla je podstatně větší než při ležení na lůžku (polohy měnit v intervalu cca 10-50 minut), bez ohledu na to, že je tlak uvolněn vhodnými polštáři a antidekubitními podložkami. Pokud pacient většinu dne leží na lůžku, je nutné celkovou denní dobu sezení v křesle nebo na vozíku omezit asi na 1 hodinu nebo i méně. Je-li pacient pohyblivější a samostatnější, měl by sám měnit polohu (těžiště) každých 15 minut.

Nepoužívat kruhové polštáře nebo podložky, zejména nafukovací kroužky, zhoršují nebo dokonce blokují tok krve a živin do podkožních tkání.

Co nedělat při polohování - při přesunech pacienta na lůžku:

Při polohování pacienta je často potřebné pacienta posunout po podložce směrem nahoru k podhlavníku (pacient se "sesunul nebo svezl" dolů po lůžku při polohování nebo vlastní vahou při více zvednutém podhlavníku).

To se v praxi většinou provádí popotažením za ruce v podpaží v poloze na zádech, přičemž sedací, spodní část těla pacienta leží plnou vahou na podložce - popotažením po podložce dochází ke značnému tření o podložku v této oblasti - narůstá nebezpečí vzniku dekubitů, mikrotraumat, příp. může dojít k porušení vrchní vrstvy kůže již vyléčeného dekubitu a tím k otevření prostoru pro nebezpečnou infekci.

Snažte se netahat sesunutého pacienta nahoru po podložce a nenuťte ho k tomu, vytváříte tak podmínky pro vznik dekubitu. Vyhybejte se agresivnímu přístupu k nemocnému způsobujícímu mu trauma.

Potřebné přesuny po podložce na lůžku je možné provádět těmito způsoby:

1. Může-li pacient při tomto úkonu spolupracovat (má pohyblivější nohy), skrčí si obě nohy co nejvíce pod sebe a opře je o podložku - o lůžko, aby mohl pomocí nohou nadzvednout spodní část těla, současně jej ošetřovatel vezme za obě ruce v podpaží, nadzvedne jej a na pokyn (aby se pacient na lůžku nadzvedl) pacienta posune po podložce (po lůžku) nahoru směrem k podhlavníku. Jsou-li ošetřovatelé dva, potom každý z nich vezme pacienta za jednu ruku v podpaží a oba jej potom s menším fyzickým úsilím za spolupráce pacienta, který nadzvedne spodní část těla, posunou po podložce směrem nahoru k podhlavníku.
2. Je-li k dispozici více pomáhajících osob (2-3) a pacient není schopen spolupracovat (má ochrnuté nohy), potom 1-2 ošetřovatelé vezmou pacienta za ruce v podpaží a další zvedne obě nohy v místě pod kolena a na pokyn jej nadzvednou a posunou směrem nahoru k podhlavníku; přesun lze u ohrožených pacientů provádět i na boku, ale v obou případech jde o fyzicky dost náročnou činnost, nechceme-li pacientovi více ublížit, než pomoci.
3. Další, asi nejlepší, možností je pod pacienta v celé délce lůžka umístit další volnou podložku, větší pevné prostěradlo, pomocí kterého bude možné pacienta po podložce přesunovat - prostěradlo je na lůžku položeno volně s většími přesahy přes lůžko. Tento způsob přesunu po lůžku je obdobou předchozího způsobu s tím, že ze strany ošetřovatelů nedochází k přímému fyzickému kontaktu s pacientem a je tedy k němu šetrnější. Toto je vhodné zejména u pacientů, kteří mají problémy v oblasti horních končetin, např. zlomeniny dlouhých kostí na pažích, nebo trpí nesnesitelnými bolestmi. Namísto za ruce a nohy pacienta 2 ošetřovatelé vezmou a nadzdvihnou konce podložky (v rozích prostěradla) na straně hlavy a nohou a takto přesunou pacienta i s podložkou směrem nahoru k podhlavníku.

Na závěr:

Pohodlí pacienta zlepšuje jeho psychickou odolnost a tím i obranyschopnost organismu.

Proto je nutné nepolohovat pacienta do poloh, které mu jsou nepříjemné nebo dokonce bolestivé.

Po změně polohy by pacient neměl zůstat v nějaké nepřírozené poloze (např. prohnutý v zádech) a nebo mít zalehnutou ruku tělem, nepřírozeně natočená chodidla, apod.

U polohování je nejdůležitější to, aby se ošetřovatel maximálně vcítil do pocitů a pozice pacienta, zvláště potom u toho, se kterým nelze komunikovat (zajistit mu pohodlnou, příjemnou, a nebolestivou polohu).

Závěr:

Po prostudování této kapitoly lze oprávněně konstatovat, že v praxi není možné aplika-

ci všech výše uvedených opatření z časových nebo jiných důvodů zvládnout, což je pravda, tento souhrn preventivních opatření má sloužit jako inspirace nebo návod pro ty, kteří o pacienty, nemocné rodinné příslušníky s rizikem vzniku dekubitů pečují.

Zdroj:

stránky - Osobní asistence - <https://www.osobniasistence.cz>

Milan Čok (info@osobniasistence.cz)

část - Dekubity » Prevence » Prevence I. » Prevence vzniku dekubitů I.

Praha 17. 11. 2025