

PREVENCE VZNIKU DEKUBITŮ II.

3. Používání antidekubitních pomůcek	1
4. Hygiena v prevenci dekubitů	5
4a. Obtížné vyprazdňování - zácpa	8

3. Používání antidekubitních pomůcek a jejich druhy:

Blokování nepříznivých mechanických vlivů vnějšího prostředí:

- zajistit dokonale upravené, suché lůžko, s "rozumně" měkkou matrací a napnutým prostěradlem
- používat vhodné tvarované podložky pro podložení částí těla a pro polohování, polštáře, suché polymery, pomalý molitan, gelové podložky, a dále chrániče rizikových míst (na kotníky, paty, kolena, lokty), pro sezení v křesle, na vozíku je vhodná sedací antidekubitní podložka Roho
- nikdy nepoužívat plastové nafukovací nebo molitanové kroužky (často bývají příčinou vzniku nových dekubitů)!!!
- v poloze vsedě zajistit zapření nohou (chodidel) bedýnkami, polštáři, podnožkami - brání se tak nepříznivému účinku tření a střižnímu efektu (sklouzávání těla z postele, z křesla, ze židle, z vozíku)
- ke vzniku dekubitů, kromě tlaku a dalších faktorů, přispívá i jiná mechanická síla - střižní síla, v praxi se působení střižní síly vyskytuje v kombinaci s tlakem. Jestliže je podhlavník lůžka zvednut nad 30°, dochází k působení střižních sil na hýžděovou (sakrální) oblast
- snažit se dodržovat maximální opatrnost při přesunech na jinou postel, na vozík, do vany, na WC (často dochází k oděrkám), zabráňovat pádům, opaření, pozor na příliš dlouho ponechané podložní mísy (drobné rány usnadňují vznik dekubitů)
- používat speciální zvedáky, sedátka na WC, do koupelny
- v místnosti, kde leží imobilní pacient, zajistit dostatečnou vlhkost vzduchu a vhodnou teplotu místnosti (většinou musí být vyšší, než by byla u zdravého, chodícího člověka, tj. 23°C a více), při větrání místnosti zajistit, aby rána (dekubit) nebyla vystavena změně teploty - každá, i velmi malá změna teploty v ráně a jejím okolí působí negativně na proces hojení, který se tak často výrazně zpomaluje, někdy může dojít i k jeho zastavení
- lůžko pacienta udržovat v náležitě čistotě a suché, umělohmotné povlečení je zcela nevhodné, nepoužívat igelitové podložky (které jsou standardním vybavením nemocničních lůžek; je-li na lůžku rizikový pacient, je žádoucí místo igelitové podložky použít savou podložní plenu o rozměrech minimálně na šířku lůžka, např. Molinea 60x90 cm)
- povrch prostěradla a podložky musí být co nejvíce vyhlazený, bez záhybů a nerovností
- pacient se nesmí pevně zabalovat do příkrývek a měly by se používat příkrývky, které jsou propustné pro páru

Zásadně se nedoporučuje používat plastové nafukovací kroužky nebo molitanové podložní kroužky pro jejich škodlivé účinky, protože v místech styku s pokožkou brání volnému průtoku krve do

tkání (díky malé ploše kroužku), způsobují otoky a zvyšují tak nebezpečí vzniku dekubitu (kroužek sice tlak na rizikové místo odlehčí, ale brání vyživování ohrožených okolních tkání, a tak je výsledek ve skutečnosti opačný než byl původní záměr). To platí i pro použití takovýchto podložek na sedák vozíku, zde je nebezpečí vzniku dekubitů dokonce vyšší než u ležícího pacienta díky většímu tlaku v místech kontaktu pokožky s kroužkem.

Při polohování na boku je žádoucí použít polštáře nebo měkké molitanové válce, klíny mezi kolena a kotníky, aby se zabránilo jejich vzájemnému kontaktu.

Je-li pacient zcela imobilní, je žádoucí pomocí měkkých polštářů nebo jiných vhodných podložek podložit nohy od poloviny lýtek ke kotníkům tak, aby paty neležely přímo na podložce. Nikdy nedávat polštáře přímo pod kolena, možno pouze na velmi krátkou dobu (dochází ke snižování průtoku krve a živin do tkání dolních končetin).

Je-li pacient částečně pohyblivý, tj. může sám měnit polohy těla bez přenášení váhy na dekubit, stačí použít statické antidekubitní pomůcky. U pohyblivějších pacientů nebyl prokázán výrazný kvalitativní rozdíl mezi různými typy statických antidekubitních podložek. Při volbě podložky z molitanu (pěny) je vhodné sledovat parametry materiálu - hustotu a výšku pěny, a tuhost. Měřítkem tuhosti je schopnost promáčknutí materiálu při zátěži.

Je-li pacient nepohyblivý (není schopen sám měnit polohy bez přenášení zátěže na dekubit), je nutné použít dynamické antidekubitní podložky (matrace). Dynamické podložky používejte také tehdy, je-li statická matrace příliš nízká nebo pokud se dekubity při použití statické podložky neléčí.

Má-li pacient velké dekubity 3.-4. stupně na více místech, je vhodné použít speciální lůžka, příp. matrace s mírným únikem vzduchu (tyto pomůcky jsou však velmi finančně nákladné).

Matrace s mírným únikem vzduchu jsou vhodné také zejména tehdy, když se pacient více potí (vzniká nebezpečí macerace kůže) a také při porušení celistvosti pokožky. Tyto matrace (lůžka) mírně prosušují pokožku a brání tak vzniku dalších dekubitů. Při silném pocení je lepší nepoužívat plenkové kalhotky, vhodnější jsou savé rovné podložky, protože kalhotky brání provzdušňování pokožky.

DRUHÝ POMŮCEK

Základní pomůcky pro polohování (podrobněji viz část **zdravotní pomůcky I.**):

- polohovací lůžko s elektrickým polohováním (hradí VZP jako zápůjčku)
- vhodná matrace k lůžku (hradí VZP jako zápůjčku)
- pomůcky pro boční a šikmé boční polohování (polštáře, molitanové válce a klíny)
- antidekubitní matrace (aktivní, pasivní, některé typy hradí VZP jako zápůjčku)
- dále různé zvedáky pro zvedání pacienta, jeho přesun do koupelny, na WC apod.

Antidekubitní matrace:

- matrace redukující tlak a matrace odstraňující tlak
- matrace jsou statické, alternující (se střídavým nafukováním), plovací, rotační
- matrace přídatné (overlay) a nahrazovací (replacement)

- a dále speciálně konstruované postele (velmi nákladné)

A. Přídavné matrace (overlay):

- umísťují se na standardní lůžkové matrace (na lůžku jsou potom 2 matrace na sobě)
- nejobvyklejší jsou pěnové matrace, dále potom matrace se statickým vzduchem, s alternujícím vzduchem, se zařízením s malým únikem vzduchu, méně obvyklé jsou matrace s gelem nebo s vodou

Přídavné matrace:

- pěnové (molitanové, polyuretanové) - jsou velmi rozšířené, nejčastěji používané, mají omezenou životnost a rozsah snížení tlaku - účinnost určuje výška matrace, hustota pěny, tuhost a další parametry, matrace do výšky 8 cm tlak nesnižují, mohou se použít pro zvýšení pohodlí pacienta, lepší snížení tlaku nabízejí matrace vysoké 8-12 cm, ale do značné míry to závisí na vlastnostech použité pěny, jsou vhodné pouze pro pacienty, kteří nejsou trvale upoutáni na lůžko, nevýhodou je, že mívají nepropustnou úpravu a může docházet k maceraci vrchních vrstev kůže
- se statickým vzduchem - jsou vyrobeny z více navzájem propojených buněk nebo válců (vinyl), které mohou být nafukovány vháněným vzduchem, některé z těchto matrací tlak redukuje, jiné typy jej částečně odstraňují
- s alternujícím vzduchem - jsou napojeny na kompresor a fungují tak, že vzduchové buňky nebo válce se střídavě nafukují a vypouštějí, tlak na riziková místa se tak výrazně odlehčuje, střídavě mění sílu tlaku proti tělu pacienta, existuje mnoho typů, od nejjednodušších (hrazených VZP), až po složité, řízené počítačem, které střídavě nafukují a vypouštějí jednotlivé vzduchové válce a tak střídavě v různých místech mění sílu tlaku části matrace na tělo pacienta
- s "malým únikem vzduchu" - jsou podobné matracím se statickým vzduchem, jsou ale napojeny na kompresor, ten udržuje v matraci tlak, ale část vzduchu uniká povrchem matrace, což pomáhá udržovat pacienta v teple a suchu, finančně nákladnější

B. Nahrazovací matrace (replacement):

- nahrazují normální matraci a snižují tlak na riziková místa, mohou být pasivní (bez kompresoru) nebo aktivní s kompresorem, jejich konstrukce je obdobná jako u přídavných matrací
- nahrazovací matrace s kompresorem mohou být položeny přímo na kostru postele a mohou tlak snižovat i jej odstraňovat
- tyto nahrazovací matrace s kompresorem mohou být "s alternujícím vzduchem" nebo "s mírným únikem vzduchu"
- mají výšku větší než 12 cm (15-25 cm)
- materiál povrchu matrace snižuje tření a střížní síly
- tyto matrace jsou nejvhodnější - cena kvalitních matrací tohoto typu se pohybuje řádově kolem 100.000,-Kč a více.

Testování účinnosti přídavné matrace - vhodné výšky matrace

Někdy dochází k situaci, že se přídavná matrace pod vahou pacienta téměř celá stlačí, tělo dolehne na podložku, resp. na spodní matraci a účinek přídavné antidekubitní matrace je tak nulový.

Účinnost přídatné matrace se zkouší tak, že ošetřující vsune nataženou ruku s dlaní otočenou nahoru mezi přídatnou a spodní matrací v rizikových místech, tedy v místech existujícího dekubitu nebo v místech potenciálního ohrožení vznikem dekubitů. Je-li mezi dlaní ošetřujícího a tělem pacienta vrstva matrace slabší než 2-3 cm, je matrace nevhodná a její účinek pro uvolnění tlaku je minimální. Potom je nutné zvolit jiný typ matrace, např. vyšší matraci nebo přidat další vhodné podložky.

Před provedením této zkoušky u pacienta v místech dekubitu je nutné se předem zeptat pacienta, zda je možné tuto zkoušku provést - i nepřímý kontakt s dekubitem může být pro nemocného velmi bolestivý.

Kontrolujte v různých místech těla a při různých polohách. např., leží-li pacient na zádech, testujte v hýžděové (sakrální) oblasti a v patách, leží-li pacient na boku, testujte na výběžku stehenní kosti (trochanteru, chocholíku), pokud pacient sedí, testujte na sedacích hrbolech kostí.

Je nutné si uvědomit, že ani velmi kvalitní matrace nechrání 100% proti tlaku, a že nedokáže v plném rozsahu nahradit lidskou pomoc. Matrace jsou vynikajícím pomocníkem, ale špatnou náhražkou. Pacienta je nutné i nadále kvalitně ošetřovat a neustále řešit jeho místní i celkové rizikové faktory.

Antidekubitní lůžka - postele:

Speciálně konstruované postele

- tyto systémy jsou velmi nákladné a používají se pouze na speciálních zdravotnických pracovištích

- jedná se o lůžka, která jsou konstruována tak, že snižují hodnotu tlaku pod úroveň, kdy se již začíná blokovat přítok krve do kapilár a cév (32 mm Hg)

- postele "s mírným únikem vzduchu" a "s proudícím vzduchem" jsou nejúčinnější u zcela závislých pacientů s velkými, hlubokými ranami nebo s více dekubity

Postele s mírným únikem vzduchu

- povrch postele obvykle obsahuje větší počet nafukovaných válců, tlak v těchto válcích může nebo nemusí být regulovatelný, část vzduchu uniká povrchem postele, tato malá ztráta vzduchu je určena k podpoře pohodlí pacienta a pomáhá redukovat vlhkost a teplo, tyto postele bývají opatřeny řídicí elektronikou pro mírný únik vzduchu a dalšími vlastnostmi zvyšujícími komfort ošetřování, jako např. alternující nebo pulzující polštáře

- jsou vyrobeny z většího množství nafukovacích válců, které jsou připevněny na rám nemocniční postele, hlava a nohy této postele jsou pohyblivé, je možné je zvedat

- lůžko je chladnější, podstatně lehčí a mobilnější než postel "s proudícím vzduchem"

- má nepromokavý obal, vhodné i pro inkontinentní pacienty

Tyto postele se vyznačují 3x vyšší účinností léčby dekubitů, než poskytují lůžka s běžnou moli-tanovou matrací.

Postele s proudícím vzduchem

- místo klasické matrace je v lůžku vana, která obsahuje velmi jemné keramické kuličky

v polyesterovém obalu, na kterém leží pacient, kompresor vhání vzduch mezi kuličky a tak je provzdušňuje, to způsobuje, že se kuličky chovají jako tekutina, teplota vzduchu je regulována tak, aby pacient byl v teple a v pohodlí, od kuliček je pacient oddělen speciálním propustným povlakem, který přivádí k pacientovi dostatečnou úroveň vzduchu, proudem teplého, stlačeného vzduchu se nafukuje polyesterový obal, nad kterým pacient jakoby "plave"

- tyto postele zaručují velmi nízkou úroveň tlaku působícího na tělo pacienta a velmi nízké působení střížných sil

- postel je velmi těžká a drahá, cirkulující teplý vzduch postel ohřívá, ta je stále teplá - někteří pacienti takové teplo nesnášejí - např. pacienti s roztroušenou sklerózou

- nežádoucí účinky - výjimečně možnost vzniku dekubitů v záhlaví a na patách, dehydratace, vlivem silného proudu vzduchu dochází odpařováním k nerovnováze elektrolytů ve vnitřním prostředí těla

Zvedací a manipulační technika

Použití těchto mechanických, příp. elektrických zvedacích a manipulačních pomůcek je velmi výhodné při přesunech a manipulaci s pacientem, zvedáky usnadňují jeho zvedání a přesuny, a šetří tak nejen zdraví ošetřujících, jejichž páteř je při manipulaci s pacientem velmi namáhána, ale také zdraví nemocného, pokud se jeho přesuny neprovádí příliš šetrně. Zvedáky (plně hrazené VZP) umožňují snadno pacienta zvednout, posunout na lůžku, přenášet na vozík, na židli, do koupelny, do vany, na WC apod., aniž by ošetřující museli vynaložit nadměrné fyzické úsilí.

4. Hygiena v prevenci dekubitů:

Zdravá pokožka je jedním ze základních pravidel prevence vzniku dekubitů. Zdravá pokožka se méně pravděpodobněji poškodí a hojí se rychleji, než poškozená pokožka nebo pokožka, která je ve špatném stavu.

Naše kůže má pasivní a aktivní funkci - pasivní (ochrana před chladem, tlakem, nárazy, třením, před vlivy chemických látek, ztrátami tepla a vody, napadením choroboplodnými zárodky), aktivní (zajišťuje aktivní resorpci látek, vylučování potu, plocha kůže chladí tělo, reguluje krevní oběh a teplotu pomocí změn prokrvení kůže, zprostředkovává vnímání tlaku, vibrací, hmatu, bolesti, teploty).

Kůži rozlišujeme na normální (hladká, vláčná, s leskem, nepřemaštěná), mastnou (zpocená, při snížené tvorbě potu působí jako posetá šupinami), a suchou (bez lesku, matná, povrch vypadá jako řídký a napjatý). Protože kůže na celém těle není stejná, někde je suchá (tu musíme řádně ošetřovat), a někde zase mastná.

U rizikových pacientů je vhodné alespoň 1x denně kontrolovat stav pokožky (např. při mytí, při výměně podložky, plenkových kalhotek), zvláště začervenalá místa, změny zabarvení pokožky nebo dekubity, zvláštní pozornost věnovat rizikovým místům, kde se dekubity mohou tvořit (kontrolu provádí sám pacient, ošetřovatel, člen rodiny).

Pro prevenci a ošetřování pokožky platí:

1. Hygiena

Mytí:

- udržovat čistotu prostředí nemocného, při znečištění postižená místa ihned omýt
- provádět pravidelné koupele pro očistu a pohodlí (teplou vodou, ne horkou) - koupání, sprchování, omývání (velmi důležité u inkontinentních pacientů a nemocných s dekubity), koupel nemá trvat příliš dlouho, kůže starších lidí potřebuje déle než 3 hodiny na to, aby po koupeli dosáhla předchozího stavu
- kontakt pokožky s vodou při mytí působí na její ochranný plášť, může rozpouštět a spláchnout z povrchu kůže kožní mazivo (horká voda odstraňuje kožní mazivo více než studená voda), sprchování roztahuje kůži a umožňuje pronikání vody, což narušuje soudržnost povrchových kožních buněk
- při znečištění kůže močí a stolicí je nutné použít mýdlo a teplou vodu, pokud nejde o silné znečištění - stačí k omytí použít pouze vodu tělesné teploty, bez mýdla
- na mytí používat jemné mycí gely nebo tekutá mýdla, nebo jen teplou vodu

Osušení, ošetření, ochrana pokožky:

- po koupeli se musí pokožka řádně osušit

Pozor - vlhkou pokožku je nevhodné vysušovat třením (riziko vzniku mikrotraumat, oděrek), pokožku po koupeli vysušovat mírným tlakem (tapováním), příp.přiměřeně teplým proudem vzduchu (opatrně i vysoušečem na vlasy).

- po osušení je vhodné pokožku ošetřit pomocí regeneračních krémů, olejů, emulzí, pleťovými mléky apod., v praxi se osvědčily přípravky řady "Menalind Professional" (příp.Menalind-Derm, Menalind-Sensitive), pomocí těchto přípravků udržovat vláčnou, přirozeně zvlhčenou pokožku po celý den, v oblasti konečníku používat bariérové masti, které brání v pronikání vlhkosti a narušování okolní kůže (Menalind - kožní ochranný krém)
- na ošetření pokožky nepoužívat masti s velkým obsahem tuku - zamezují přívodu vzduchu a podporují maceraci kůže a rozvoj škodlivé mikroflóry
- velmi vhodné je provádět pravidelně, několikrát denně jemné masáže kafrovými, alkoholovými roztoky, příp. promazat ohrožená místa kožními ochrannými krémy (existující **dekubity v žádném případě nemasírovat** - masáž dekubitu může napomáhat rozšiřování infekce v tkáních v okolí dekubitu), obecně se nikdy také nemasírují části těla se slabou tukovou, svalovou vrstvou nebezpečí poškození podkožních tkání)

2. Prevence při inkontinenci:

- nejzávažnější kožní komplikace při inkontinenci jsou dekubity - unikání moči nebo stolice patří k důležitým sekundárním rizikovým faktorům pro jejich vznik
- zvládnutí inkontinence může být kritickým bodem při léčení dekubitů, znečištění rány stolicí může vést k závažné infekci rány, infekce se může dále šířit krví do jiných tkání a orgánů, znečištění močí může způsobit maceraci kůže, u imobilních pacientů může být inkontinence jako důsledek neschopnosti dostat se včas na toaletu

- dojde-li u inkontinentních pacientů k poškození kůže, potom agresivní látky (moč, stolice, pot) naruší ochranný kožní plášť a dojde k napadení tkání plísněmi a choroboplodnými zárodky, tento problém se týká především starších lidí a nepohyblivých osob s postižením míchy
- snažit se o omezení nepříznivého vlivu moči, stolice, potu, infekce přenášené močí, stolicí, hnisem na kůži pánevní oblasti (při inkontinenci je nutné používat jednorázové plenkové kalhotky, vložky, podložky s vysokým savým účinkem), vlhká kůže má vyšší koeficient tření než suchá kůže, což vede k jejímu mechanickému poškození, kůže může být také drážděna v důsledku zvýšení pH faktoru následkem tvorby čpavku při rozkládání moči, při tomto procesu rozpadu vznikají enzymy, které přinášejí rozpad buněk a další poškození kůže
- inkontinentní pomůcky (vložky, plenky, kalhotky) mají dobrý odsávací účinek, ale na druhé straně zadržují vlhkost a brání větrání pokožky, odpařování potu, zvyšují teplotu kůže, následkem toho dochází ke změkčování svrchních vrstev kůže (macerace), v pokožce se objevují trhlinky a odřeniny, které zvyšují citlivost pokožky na podráždění, ve spojení s poškozením kyselého pláště kůže se vytváří ideální podmínky pro zachycení bakterií a plísní, největší problémy bývají v oblasti konečníku a genitálií (výrobci pomůcek doporučují jejich výměnu nejdéle po 6-8 hodinách bez ohledu na stav znečištění)
- nepřípustné je používání neprodyšných podložek (umělohmotné, igelitové), neprodyšných plen a kalhotek - takto kryté oblasti se zapařují a macerují, čímž se narušuje integrita kůže a dekubity se tak mohou velmi rychle rozvíjet
- důležitou součástí prevence je častá výměna osobního i ložního prádla a plen
- při očekávání stolice je dobré do kalhotek v oblasti konečníku stříknout čistící pěnu - vytváří podmínky pro snadnou hygienu, tj. umytí po provedení stolice

Péče o pokožku ve stáří:

- charakteristika starší kůže = ztenčení epidermis, dermis, subcutis, snížená funkce potních a mazových žláz, snížená schopnost vázat a přijímat vlhkost, snížená tvorba tuku, snížená funkce ochranného kyselého pláště, snížená schopnost neutralizovat zásadité látky, snížené prokrvení, snížená pružnost kůže a cév, snížená pigmentace
 - následky stárnutí kůže = kůže se ztenčuje, stává se průhlednější a zranitelnější, zhoršuje se termoregulace snížením funkce potních žláz, kůže se stává suchou, rozpraskanou, křehkou a olupuje se, často je cítit silný pocit napětí a svědění, zvýšená citlivost na mýdla, nebezpečí usazování virů, bakterií a plísní, dochází k poruchám pigmentace a tvorbě "stařeckých skvrn"
 - stav kůže ve stáří lze zlepšit vyváženou stravou s vitamíny a minerálními látkami, nižší spotřebou dráždivých jídel a dostatkem spánku, v neposlední řadě pravidelnou a správnou péčí o pokožku
- Bližší informace o inkontinenci a pomůckách - viz část "*Osobní asistence » Asistence » Problémy plegiků*".

Předcházejte vzniku dekubitů řádnou hygienou, pravidelným a častým polohováním, kvalitní stravou, rehabilitací a pozornou péčí o pacienta..

4a. Obtížné vyprazdňování stolice - zácpa:

Protože vznik dekubitů do určité míry souvisí i s obtížným vyprazdňováním, je namístě zmínit se stručně i tomto problému. Jednou z mnoha potíží osob s omezeným pohybem a starších lidí je obtížné vyprazdňování stolice a její četnost. K zácpě jsou predisponováni lidé celkově zesláblí se sníženou fyzickou aktivitou, sníženým příjmem potravy a tekutin. Při sníženém příjmu tekutin se zácpa zhoršuje.

Základním pravidlem by měla být snaha o pravidelné vyprazdňování jedenkrát za 2-3 dny.

Po vyprázdnění je nutné zajistit doplnění tekutin z důvodu rizika dehydratace organismu.

Zácpa u nemocných se závažným onemocněním:

- příčinami bývá slabost v souvislosti s onemocněním, nízká tělesná aktivita, nízký příjem potravy a tekutin, malnutrice - z toho plyne malá stimulace střevního reflexu
- střevní motilitu snižuje špatná léčba diuretiky a kortikoidy bez doplňování draslíku
- zácpu také běžně způsobují opioidy
- psychické aspekty - okolí nemocného, dostupnost toalety, nedostatek soukromí, deprese, únava
- fyzické aspekty - hemoroidy, endokrinní poruchy
- zajistit maximální pohybovou aktivitu a dostatečný příjem tekutin
- zvážit užívání léků, které způsobují zácpu (poradit se s lékařem)
- zajistit dostatek soukromí a zachování intimity
- používat projímadla (změkčující - zvyšují objem stolice, dochází k reflexní stimulaci peristaltiky, stimulující - dráždí střevní stěnu, zvyšují sekreci střevních tekutin)

Pravidla pro užívání projímadel:

- pravidelné užívání, užívat pouze preferovaná, vyzkoušená projímadla, sledovat četnost stolic, objem a míru obtíží při vyprazdňování (bolesti, křeče, střevní obtíže), objeví-li se průjem - projímadlo na 1-2 dny vysadit a dále pokračovat se sníženou dávkou
- u nemocných, kteří užívají opioidy podávat laxativa preventivně, pravidelně, obava z návyku je neopodstatněná

Potraviny s laxativními, stimulačními účinky - švestky, banány, rebarbora, apod., na některé nemocné působí laxativně "nemocniční čaj", který se vaří z instantní směsi "černý instantní čaj" s různými ovocnými příchutěmi, slazený nebo neslazený, tyto směsi vyrábí AG Foods s.r.o., www.agfoods.net

Laxativa - projímadla se stimulačním účinkem - dráždí střevní stěnu, zvyšují tvorbu střevních tekutin, startují reflexní mechanismus, stimulují pohyb střev - čaj z listů senny (7,5-30mg, 2x denně, účinek po 6-12 hod.), bisacodyl (10-20mg, 2x denně, účinek 6-12 hod.), phenoltalein (100-300mg na noc, účinek po 6-12 hod.), bisacodyl čípky (možno nechat vyrobít v lékárně, popis mohu zaslat, účinek 1 hod.), tyto prostředky jsou zcela nevhodné v případě kompletní střevní obstrukce, u těžké poruchy vyprazdňování

Laxativa - projímadla se změkčujícím účinkem - rozpouští stolici ve střevě, dobrý účinek u zácpy způsobené užíváním opiátů - glycerinové čípky (lubrikační účinek), Šaratice, Zaječická, klysma, a dále Lactulosa Infusia (sirup) - účinné projímadlo, působí místně v tlustém střevu, způsobuje měknutí stolice, nenarušuje fyziologickou činnost střev, používá se při chronické zácpě způsobené porušením vyprazdňovacích návyků, nesmí se používat při neprůchodnosti střev a při přecitlivělosti na laktulózu, dávkování - 1-3 polévkové lžíce/den, 15-40 ml 2x denně, při dlouhodobém užívání 2-5 kávových lžiček/den, podává se s vodou, čajem, ovocnou šťávou, při užívání zajistit dostatečný příjem tekutin, účinek za 1-2 dny

Účinnost přípravků - klysma (99%), bisacodylové čípky (66%), glycerinové čípky (38%)

Závěr:

Po prostudování této kapitoly lze oprávněně konstatovat, že v praxi není možné aplikaci 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 II. » Prevence vzniku dekubitů II.,

Praha 17. 11. 2025