

Teresa Miłkowska¹

¹Centrum Pielęgnacyjne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Caritas Diecezji Włocławskiej

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną przewlekłą w warunkach domowych

Nursing care of a patient with a chronic wound in the home

Streszczenie:

Owrzodzenie żylne podudzia stanowi duży problem terapeutyczny i pielęgnacyjny wśród populacji osób dorosłych. Opieka nad chorym z raną przewlekłą powinna być prowadzona przez wykwalifikowany personel w sposób systematyczny i zaplanowany – jest to możliwe, w sytuacji objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową domową. Leczenie miejscowe owrzodzenia należy prowadzić zgodnie ze strategią TIME, z wykorzystaniem specjalistycznych opatrunków przyspieszających proces gojenia tkanek. Systematyczna ocena stanu owrzodzenia przez wykwalifikowaną w leczeniu ran pielęgniarkę, pozwala na szybką reakcję polegającą na dostosowaniu postępowania terapeutycznego do aktualnego stanu klinicznego. Intensywna opieka pielęgniarska w opisywanym przypadku pozwala na podjęcie decyzji o odstąpieniu od amputacji objętej owrzodzeniem kończyny dolnej, co niewątpliwie wpływa korzystnie na jakość życia opisywanego chorego.

Abstract:

Venous leg ulcer is a big therapeutic and care problem among the adult population. Looking after the patients with a chronic wound should be carried out by qualified personnel in a systematic and planned manner – it is possible, in a situation of providing the patient with long-term nursing home care. Local treatment of ulcers should be carried out in accordance with the strategy of TIME, with the use of specialized dressings accelerating the healing process of tissues. Systematic assessment of ulcers by a nurse qualified in wound healing allows for quick reactions involving the adjustment of therapeutic procedures according to the current clinical condition. Intensive nursing care in our case, allows to decide to withdraw from the amputation of the lower limb covered with ulcers, which undoubtedly positively affects the quality of life of the patient in question.

Słowa kluczowe: rana przewlekła, opieka pielęgnarska długoterminowa, aktywne opatrunki, owrzodzenia żyłne, leczenie miejscowe

Keywords: chronic wound, long-term nursing care, active dressings, venous ulcers, local treatment

Wstęp

Opieka nad pacjentem z raną przewlekłą jest procesem skomplikowanym i wieloaspektowym. Wiele wewnętrznych i zewnętrznych czynników ma wpływ na proces gojenia się rany. Do czynników mogących utrudnić lub wydłużyć proces gojenia się rany należy zaliczyć np. wiek chorego, choroby współistniejące, stosowane leki. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran i Polskie Towarzystwo Leczenia Ran rekomendują wprowadzenia działań medycznych składających się z diagnostyki, leczenia przyczynowego, redukcji czynników przyczynowych lub opóźniających proces gojenia się rany, leczenia miejscowego oraz edukację pacjenta i rodziny [1].

Jak wskazuje literatura owrzodzenia pochodzenia żylnego stanowią 70 – 80% wszystkich ran przewlekłych [2]. Bardzo często przyczyną wydłużającego się procesu gojenia rany, czy też braków postępu leczenia jest niewłaściwie prowadzona terapia.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest to rodzaj świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Opieką tą może być objęty przewlekle chory przebywający w domu, który nie wymaga hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymaga systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych. Podstawą do objęcia opieką jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i karta oceny świadczeniobiorcy wystawiana przez lekarza i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego.

Narzędziem do kwalifikacji pacjentów mających być objętych opieką jest skala Barthel. Za pomocą tej skali oceniane są takie czynności jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety (WC), mycie, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie stolca /zwieracza odbytu, kontrolowanie moczu /zwieracza pęcherza moczowego. Maksymalnie chory może otrzymać 100 punktów. Opieką pielęgniarską, w ramach umowy i refundacji NFZ, może być objęty pacjent, który w ocenie z wykorzystaniem skali Barthel otrzymał od 0 do 40 punktów.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku i jego późniejszymi zmianami, pielęgniarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem gwarantowanym udzielanym przez pielęgniarkę, a głównymi jej zadaniami są:

- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,

- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu [3].

W dniu pierwszej wizyty pielęgniarka opieki długoterminowej dokonuje oceny stanu świadczeniobiorcy skalą Barthel i ustala plan opieki w oparciu o występujące problemy pielęgnacyjne. Zapoznaje ona chorego, jego rodzinę lub opiekuna faktycznego z planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia w środki medyczne potrzebne do realizacji świadczeń. Pielęgniarka dysponuje wyrobami medycznymi zgodnie z wyposażeniem nesesera pielęgniarstwa. Pacjent lub jego rodzina zapewnia środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. O terminie objęcia opieką długoterminową domową pielęgniarka informuje lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, do których świadczeniobiorca złożył deklarację wyboru. W czasie trwania opieki informuje ich również o zmianach w stanie zdrowia pacjenta, w tym takich, które skutkują ustaniem przyczyn kwalifikujących świadczeniobiorcę do pielęgniarstwa opieki długoterminowej a tym samym jej zakończeniem. Pielęgniarka zobowiązana jest do zapewnienia dostępności do świadczeń od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00, również w sobotę i dni ustawowo wolne - w medycznie uzasadnionym przypadku. Wizyt pielęgniarstwa nie może być mniej niż 4 w tygodniu. Zrealizowana wizyta potwierdzana jest przez świadczeniobiorcę, członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego w „Karcie wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej” [4].

W czasie sprawowania opieki pielęgniarka ocenia poziom samodzielności chorego używając skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany plan opieki. Ocena ta odbywa się nie rzadziej niż raz w miesiącu. Okres objęcia chorego powyższą formą opieki jest uzależniony od stanu jego zdrowia. W ramach wizyt pielęgniarstwa prowadzona jest m.in. systematyczna ocena i profe-

sjonalna pielęgnacja rany przewlekłej w oparciu o schemat TIME. Strategia postępowania miejscowego TIME obejmuje: Tissue debridement – opracowanie martwych tkanek; Infection and inflammation control – kontrola infekcji i zapalenia; Moisture balance – utrzymanie wilgotnego środowiska rany; Edges, epidermization stimulation – pobudzenie naskórkowania z brzegów rany [1].

Strategię TIME charakteryzuje holistyczne podejście, uwzględniające wszystkie przyczyny rozwoju i przewlekłości rany oraz czynniki wpływające na jej gojenie. Leczenie miejscowe rany przewlekłej obejmuje: usuwanie martwicy i oczyszczanie rany, kontrolę bakteriologiczną, leczenie zakażenia, wilgotne leczenie rany przez zastosowanie odpowiednio dobranych opatrunków [5]. Celem schematu TIME jest zatem usystematyzowanie sposobu oceny stanu rany i dobór odpowiedniego postępowania miejscowego. Sprzyja to zapewnieniu optymalnych warunków w łóżysku rany: ochronie uszkodzonych tkanek i brzegów, przywróceniu i utrzymaniu właściwej wilgotności, zmniejszeniu liczby bakterii aż do skorygowania zaburzeń przyczyniających się do braku postępu w gojeniu się rany [6].

W przypadku zainfekowanej rany przewlekłej bardzo ważny jest również dobór technik i środków do oczyszczania rany – lawaseptyki i antyseptyki. Lawaseptyka ma na celu oczyszczenie rany poprzez wypłukanie (fizyczne usunięcie) substancji szkodliwych tj. resztki tkankowe, biofilm bakteryjny, mikroorganizmy, wirusy. Zastosowanie antyseptyku na ranę ma na celu nie tylko usunięcie, ale przede wszystkim zabicie drobnoustrojów infekujących czy kolonizujących ranę, ponieważ posiadają one w swoim składzie substancje aktywne o charakterze przeciwdrobnoustrojowym. W związku z powyższym istotne jest, aby do oczyszczania ran używać lawaseptyków łącznie z antyseptykami a nie zamiennie. Lawaseptyki są wyrobami medycznymi stosowanymi w pielęgnacji rany do przemywania lub płukania a nie miejscowego leczenia infekcji. Zadaniem lawaseptyku jest usunięcie wysięku, tkanek nekrotycznych, biofilmu. Z kolei rolę antysep-

tyku jest zabicie drobnoustrojów odsłoniętych przez lawaseptykę [7]. W postępowaniu leczniczym ważne jest zastosowanie antyseptyku o niskiej cytotoksyczności, szerokim spektrum działania przeciwdrobnoustrojowego oraz takiego, aby jego zastosowanie nie zakłócało procesu gojenia rany i nie prowadziło do niekorzystnych interakcji z opatrunkami stosowanymi w terapii.

Celem opracowania jest prezentacja złożonych świadczeń pielęgniarki w ramach opieki długoterminowej wobec pacjenta z raną przewlekłą, przebywającego w środowisku domowym.

Prezentacja przypadku

Pacjent lat 79, mężczyzna z krytycznym niedokrwieniem kończyny dolnej prawej, z rozległym owrzodzeniem podudzia, nie wyraża zgody na proponowaną amputację. Owrzodzenie występuje od około dwóch lat, leczone było zachowawczo w poradni dermatologicznej. Pacjent z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenie, pali około 15 -20 papierosów dziennie.

Chory został zakwalifikowany do objęcia pielęgniarską opieką domową długoterminową – wg skali Barthel otrzymał 20 punktów. Wymagał intensywnej opieki pielęgniarskiej ze względu na ogólną niesprawność i występujące rany w obrębie stopy prawej i prawego podudzia.

Rana I - podudzie prawe 15x20 cm jest pokryta częściowo czarną martwicą, od strony kolana widoczne znaczne ilości żółto – zielonego włókniaka. Rana II - grzbiet stopy prawej 3x4 cm, pokryta suchą czarną martwicą; stopa jest bolesna, obrzęknięta. Dotychczasowe leczenie: oktenidyna w płynie, roztwór soli fizjologicznej, opatrunek gazowy nasączony parafiną i suche opatrunki gazowe. W obydwu ranach stwierdzono ubytek skóry pełnej grubości i cechy stanu zapalnego. Ze względu na znaczne dolegliwości bólowe – w skali VAS 7 (skala 0–10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do zniesienia). W leczeniu bólu stosowany jest system przezskórny z buprenorfiną ze zmianą plastra co 72 godziny.

Dyskusja

Za cel opieki pielęgniarzkiej przyjęto: oczyszczenie łożyska ran, zastosowanie aktywnych opatrunków przyspieszających proces ich gojenia, ograniczenie dolegliwości bólowych, przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Przed przystąpieniem do postępowania terapeutycznego w prezentowanym przypadku dokonano oceny rany. Określono jej umiejscowienie, rozmiar, kształt i brzeg, głębokość owrzodzenia, dno, obecność i ilość wysięku oraz dolegliwości bólowe związane z jej występowaniem. Uzyskano dane pozwalające na dostosowanie działań pielęgniarzskich do aktualnego stanu pacjenta i decydujące o sposobie postępowania. Zastosowano założenia strategii TIME, wykorzystywanej w leczeniu ran przewlekłych.

W celu rozpuszczenia martwicy zastosowano hydrożel jako opatrunek pierwotny i piankę poliuretanową jako opatrunek wtórny. Po czterech zmianach, dokonywanych co 2 dni uzyskano w ranie I częściowe rozpuszczenia tkanki martwiczej (fotografia nr 1).

Fot. 1. Rana I.



Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na znaczne dolegliwości bólowe nie było możliwe oczyszczenie rany w sposób mechaniczny z wykorzystaniem narzędzi chirurgicznych. Zastosowano w ramach lawaseptyki 0,9 % NaCl lub

płyn wieloelektrolitowy a w ramach antyseptyki - dichlorowodorek oktenidyny.

W ranie II - czarna martwica oddzielona, martwica żółta rozplywna zaczęła się oddzielać od dna rany (zdjęcie nr 2).

Fot. 2. Rana II.



Źródło: opracowanie własne.

Z powierzchni rany na podudziu pobrano posiew do badania bakteriologicznego, z którego wyhodowano *Pseudomonas aeruginosa* i *Klebsiella oxytoca*. Ze względu na widoczny biofilm zastosowano płukanie rany roztworem ponadtlenków (super-oxidized solution). W dalszym ciągu rozpuszczano martwicę hydrożelem pod opatrunkiem piankowym. Po kolejnych trzech zmianach opatrunku co dwa dni, połączonych z płukaniem rany uzyskano znaczny rozplływ martwicy, którą częściowo udało się usuwać w sposób mechaniczny. Ze względu na wystąpienie dużej ilości wysięku zastosowano opatrunek hydro włóknisty z jonami srebra zmieniany co 2 dni. Po dwóch zmianach został on odstawiony ze względu na wystąpienie zmian o charakterze alergicznym (podejrzanie uczulenia na srebro). Zastosowano opatrunek hydrofobowy do wypełnienia dna rany pod opatrunek okluzyjny z pianki poliuretanowej. Pacjent odczuwał mniejsze dolegliwości bólowe przy zmianie opatrunków i zmianach pozycji ciała (fotografie nr 3 i 4).

Fot. 3. Rana I.



Źródło: opracowanie własne.

Fot. 4. Rana II.



Źródło: opracowanie własne.

Po 6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia owrzodzenia doszło u chorego do wystąpienia zdarzenia niepożądanego w postaci upadku podczas przesadzania z łóżka na wózek inwalidzki. W efekcie nastąpiło złamanie szyjki kości udowej. Epikryza z leczenia w oddziale ortopedii i traumatologii brzmiała: "Pacjent przyjęty z powodu złamania szyjki kości udowej do leczenia szpitalnego. Z powodu przewlekłej infekcji wysoce patogenną bakterią, zaburzeń trofiki tkanek kończyn

dolnych w chwili obecnej zdyskwalifikowany z leczenia operacyjnego endoprotezoplastyką biodra z powodu bardzo wysokiego ryzyka zakażenia rany operacyjnej i wszczepu”. Zalecono: kontynuację leczenia zmian troficzných i zapalnych, rehabilitację domową, heparynę drobnocząsteczkową 1 x podskórną 20 dni. Wobec pacjenta w warunkach domowych prowadzono intensywne działania pielęgnacyjne oraz profilaktykę powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem. Wynikało to z faktu oceny chorego w skali Norton (skali ryzyka rozwoju odleżyn) - 11 punktów, co świadczyło o zagrożeniu wystąpienia odleżyn. Chorego ułożono na materacu przeciwoodleżynowym zmiennościśnieniowym. Przeprowadzono edukację rodziny w zakresie właściwej pielęgnacji skóry, szczególnie w miejscach narażonych na ucisk oraz konieczności systematycznej zmiany pozycji ułożeniowej chorego. W celu ograniczenia dolegliwości bólowych występujących w złamanej kończynie została ona usztywniona ortezą. Wdrożono także intensywne działania edukacyjne, których efektem było zaprzestanie palenia tytoniu przez pacjenta.

Do zaopatrzenia rany I w dalszym ciągu stosowano lawaseptykę, opatrunek hydrofobowy ze składnikiem hydrożelowym – zmieniany co 2 dni. Rana stopniowo ulegała oczyszczaniu się z włóknika, stała się lepiej nawilżona i ukrwiona. Rana II została oczyszczona z martwicy, uległa spłycaaniu. Nastąpiło ziarninowanie, naskórkowanie a po 12 tygodniach ubytek skóry uległ zagojeniu. Rana na podudziu po 20 tygodniach od rozpoczęcia leczenia została oczyszczona, podlega ziarninowaniu a jej brzegi naskórkują (fotografia nr 5).

Fot. 5. Rana I.



Źródło: opracowanie własne.

W opisanym czasie do pielęgnacji skóry w okolicach rany stosowane były emolienty w kremie w celu natłuszczenia i uelastycznienia skóry. Brzeg rany zabezpieczano witaminą F w maści.

Wnioski

Jak wynika z przedstawionego opisu systematyczne świadczenia pielęgniarские, realizowane w oparciu o zasób rzetelnej wiedzy i doświadczenia praktyczne w zakresie leczenia ran, umożliwiają właściwą ocenę stanu rany, zastosowanie odpowiednich środków do jej pielęgnacji, w tym dobór aktywnych opatrunków. Efektem jest postęp w gojeniu się owrzodzenia oraz wymierna poprawa jakości życia pacjenta. Objęcie chorego pielęgniarską opieką długoterminową domową w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, stworzyło zatem możliwości intensywnej pielęgnacji przewlekle chorego i podejmowanie trafnych działań diagnostyczno – terapeutycznych.

Podziękowania

Podziękowania dla pielęgniarki współprowadzącej pacjenta mgr Lidii Ciszewskiej za udostępnienie obserwacji z leczenia i pielęgnacji pacjenta.

Bibliografia/Bibliography:

1. Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011;8:59–80.
2. Negus D, Coleridge Smith PD, *Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480 ze zm.).
4. Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.
5. Szewczyk MT, Jawień A, *Leczenie ran przewlekłych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
6. Bartoszewicz M, Junka A, Leczenie miejscowe rany przewlekłej objętej procesem infekcyjnym w świetle obowiązujących wytycznych. *Leczenie Ran* 2012;9(3):93–97.
7. Bartoszewicz M, Junka A, Biofilm Based Wound Care: strategia leczenia ran przewlekłych objętych procesem infekcyjnym wywołanym przez drobnoustroje w formie biofilmowej. *Leczenie Ran* 2012;9(1):1–6.