

KOMPENDIUM WIEDZY O ODLEŻYNACH DLA OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH



Co to jest odleżyna?.....	3
W jaki sposób tworzy się odleżyna?	4
Jakie czynniki mają wpływ na powstawanie odleżyny?	5
W jaki sposób ocenić ryzyko powstania odleżyny?	6
Gdzie najczęściej pojawiają się odleżyny?	9
Jak postępować z odleżyną?	10
Jak zapobiegać powstaniu odleżyn?	11
W jaki sposób pielęgnować skórę?	11
W jaki sposób złagodzić ucisk?.....	12
Jak dobrać dietę dla pacjenta?	13
Profilaktyka zapobieganiu odleżyn w 10 krokach	13
Źródła:	14

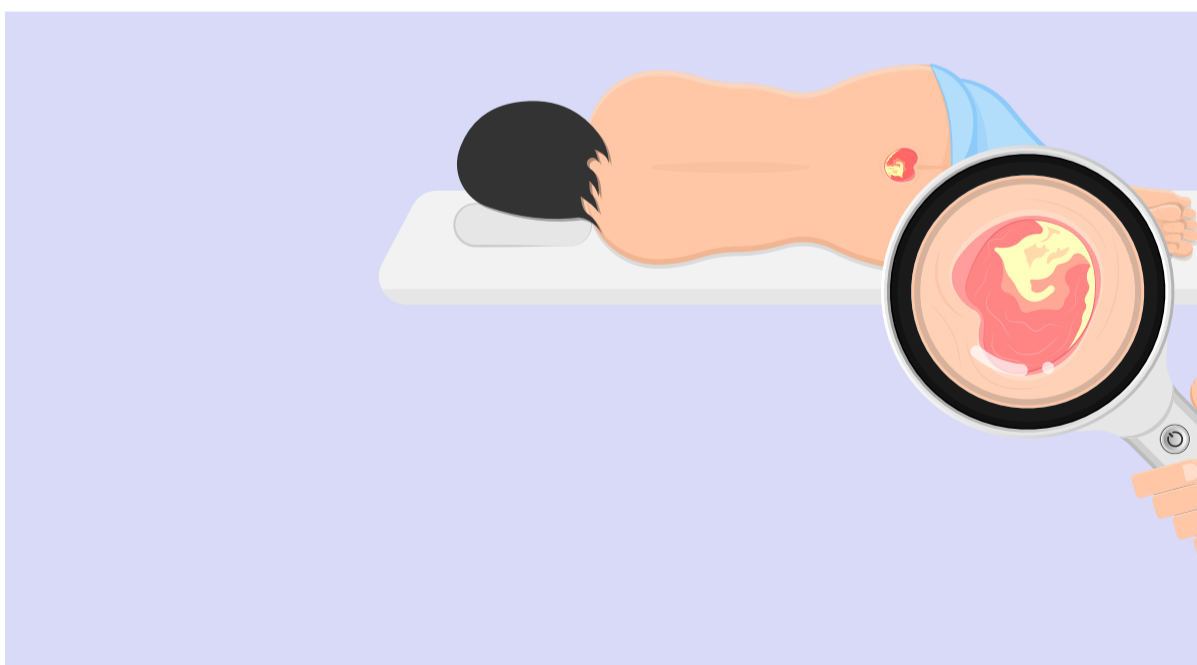
CO TO JEST ODLEŻYNA?

Odleżyna (łac. decubitus) jest miejscowym uszkodzeniem skóry i/lub głębszej tkanki, które zwykle pojawia się nad wypukłością kostną w wyniku ucisku lub połączenia ucisku i rozrywania. Jest ona wynikiem działania czynników związanych ze stanem pacjenta (konsekwencja długotrwałego unieruchomienia) oraz zewnętrznych. Mimo postępu medycyny problem ten należy do często spotykanych u pacjentów, dlatego warto znać przyczynę i mechanizm tworzenia odleżyny, posiadać umiejętność oceny czynników ryzyka oraz zasad profilaktyki.

Dla organizmu pacjenta, który zмага się z chorobą, a ponad to z odleżyną, jest to dodatkowy wysiłek, który może zwolnić proces dochodzenia pacjenta do zdrowia fizycznego. Co ważniejsze stan psychiczny pacjenta z odleżyną pogarsza się, obniżając jakość życia poprzez pojawiający się ból i cierpienie. Odleżyny w stanie przewlekłym mogą przyczynić się do zmniejszenia aktywności ruchowej oraz izolacji społecznej, a także mogą pośrednio do zgonu pacjenta.

Słowo ODLEŻYNA zostało po raz pierwszy użyte przez Hildausa w 1420 roku i pochodzi od słowa "decumbre", co oznacza „leżeć płasko”. Wzrost zainteresowania odleżynami datuje się na XX wiek, kiedy to zaczęto przeprowadzać pierwsze badania na psach i świniami, gdyż zwierzęta te mają skórę najbardziej zbliżoną do człowieka.

Odleżyna może dotyczyć naskórka, całej grubości skóry, tkanki podskórnej, mięśni i kości, wokół których występuje proces zapalny oraz może wystąpić wydzielina ropna sięgająca w różnych kierunkach oraz długościach. W miarę oddzielania się martwicy powstają trudno gojące się owrzodzenia, które łatwo ulegają wtórnemu zakażeniu. Odleżyny najczęściej powstają na skórze w miejscach sąsiadujących z podłożem kostnym przy długotrwałym ułożeniu chorego w jednej pozycji, tj. okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, kostek, pięt, łokci i kolan. Mogą również pojawić się w okolicach uszu, łopatki, grzbietu, potylicy, lub błonie śluzowej dróg oddechowych przy założonej rurce dotchawiczej, a także tkanek przełyku lub cewki moczowej.



W JAKI SPOSÓB TWORZY SIĘ ODLEŻYNA?

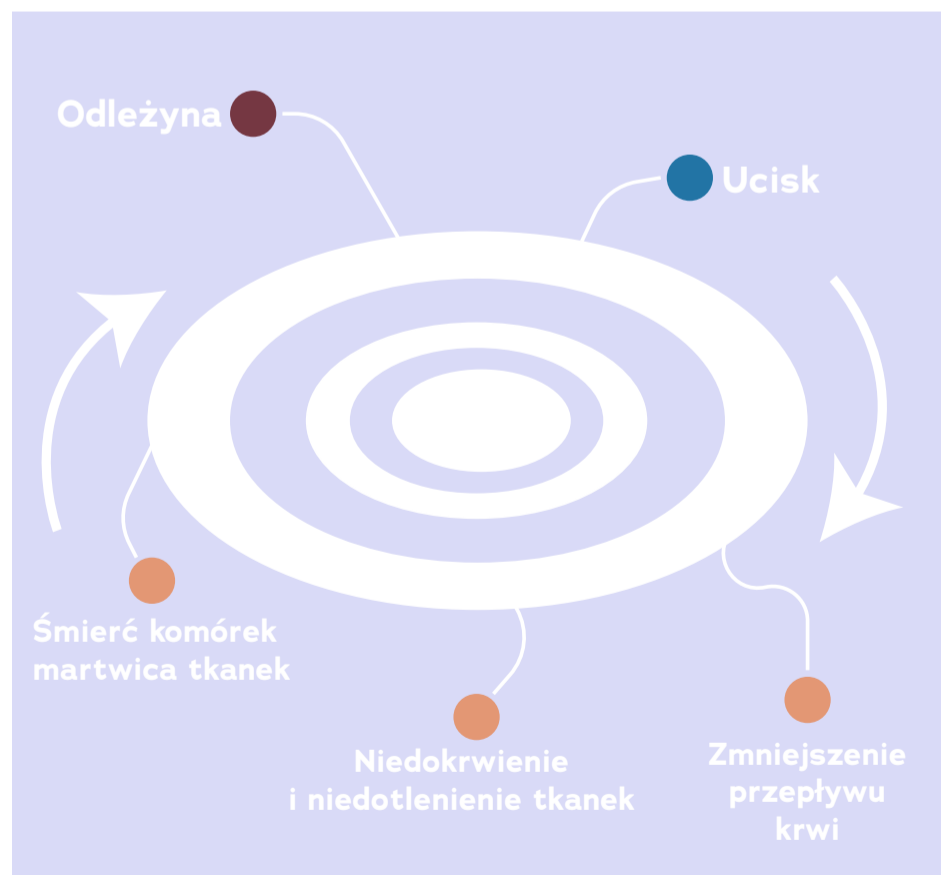
Po pojawieniu się ucisku stałego, lub krótkotrwałego, ale często powtarzającego się dochodzi do zamknięcia światła naczyń krwionośnych. Niedostateczna perfuzja w naczyniach krwionośnych, niedotlenienie i niedożywienie tkanek oraz gromadzenie się toksyn, powoduje niedotlenienie i rozpad komórek, a w efekcie może prowadzić do martwicy.

W fazie tworzenia się odleżyny pojawiają się trzy czynniki:

1. Ciśnienie proste - szybkość powstawania owrzodzenia zależy od wartości ciśnienia wywieranego. Gdy przekracza ono 70 mmHg odleżyny rozwijają się już po 2-3 godzinach, oraz od czasu jego trwania stałe ciśnienie wywołuje martwicę o wiele szybciej niż przerywane. Największe ciśnienie wśród miąższowe wywierane jest na przestrzeń między kością a mięśniem, mniejsze jest uszkodzenie skóry właściwej i naskórka. W praktyce oznacza to, że powierzchowne zmiany mogą być stosunkowo niewielkie, przy znacznym zniszczeniu tkanek głębszych.

2. Boczne siły – powstają w wyniku zsuwania się pacjenta w łóżku, podczas gdy skóra pozostaje nieruchoma w stosunku do podłoża. Dzieje się to gdy w ułożeniu na wznak głowa jest uniesiona pod kątem większym niż 30° w stosunku do długiej osi ciała. Powoduje to zagięcie naczyń w głębokich częściach powięzi powierzchownej okolicy krzyżowej, zakrzepicę i oddzielenie się skóry właściwej.

3. Tarcie - powstaje w wyniku oporów przy ruchu dwóch stykających się powierzchni, w tym wypadku powierzchni ciała chorego i bielizny, np. podczas stosowania nieodpowiedniej techniki zmiany pozycji.



JAKIE CZYNNIKI MAJĄ WPŁYW NA POWSTAWANIE ODLEŻYNY?

Można wyróżnić około 100 czynników przyczyniających się do rozwoju odleżyny, dzieląc na trzy główne kategorie.

Pierwszym z nich jest stan fizyczny pacjenta: wiek, płeć (u kobiet dwa razy częściej występuje ryzyko powstania odleżyny, niż u mężczyzn), stan ogólny, stan skóry i zakażenia, nieprawidłowa masa ciała (niedożywienie, niedowaga lub nadwaga), hipoalbuminia, choroby naczyniowe mózgu, choroby naczyń obwodowych, cukrzyca, anemia, unieruchomienie/złamanie, odwodnienie, zaburzenia świadomości, upośledzone odczuwanie bodźców zewnętrznych, gorączka, stosowane leki (antybiotyki, uspokajające), chemioterapia, oraz nietrzymanie moczu/stolca. W przypadku pojawienia się trzech z wyżej wymienionych czynników, warto rozważyć wdrożenie postępowania przeciwoodleżynowego.

Drugi czynnik, nie jest zależny od pacjenta, a od otoczenia, w którym się znajduje. Powodem pojawienia się odleżyny może być: wilgoć, temperatura otoczenia, odzież, pościel, zaopatrzenie ortopedyczne, siły ucisku, tarcia i urazy.

Dodatkową przyczyną pojawienia się odleżyny może być zła pielęgnacja pacjenta, zła organizacja pracy, braki kadrowe personelu, niski poziom wiedzy personelu, brak szkoleń i materiałów szkoleniowych, brak środków opatrunkowych i higienicznych, a także źle przeszkolona rodzina pacjenta.



W JAKI SPOSÓB OCENIĆ RYZYKO POWSTANIA ODLEŻYNY?

Wyróżnia się 7 skal ocen ryzyka wystąpienia odleżyn, po których uzupełnieniu, suma uzyskanych punktów przedstawia, jak duże jest ryzyko. Trzy skale zostały przedstawione i omówione poniżej.

1. **Skala Nortona** jako wyróżnik do oceny ryzyka powstania odleżyny sprawdza: stan fizyczny pacjenta, stan psychiczny i świadomość, aktywność fizyczną, stopień samodzielności przy poruszaniu oraz nietrzymanie moczu/kału. Wynik poniżej 14 punktów wskazuje na zagrożenie powstania odleżyny.

Stan fizyczny	Stan psychiczny/ Świadomość	Aktywność fizyczna	Stopień samodzielności przy poruszaniu	Nietrzymanie moczu/kału
Dobry (4)	Pełna (4)	Chodzi samodzielnie (4)	Pełny (4)	Nie występuje (4)
Dość dobry (3)	Apatia (3)	Chodzi z pomocą (3)	Lekko ograniczony (3)	Sporadycznie (3)
Zły (2)	Zaburzona (2)	Siedzi (2)	Bardzo ograniczony (2)	Nietrzymanie moczu (2)
Bardzo zły (1)	Śpiączka (1)	Brak (1)	Brak (1)	Nietrzymanie moczu i kału (1)

Skala Nortona

2. **Skala Waterlow** ocenia budowę i wagę w stosunku do wzrostu pacjenta, stan skóry, płeć i wiek, kontrolę wypróżnienia, zdolność ruchową, apetyt oraz dodatkowe czynniki ryzyka. Każdy z czynników posiada przypisaną skalę punktową, której uzyskany wynik świadczy o:

- od 0 do 9 punktów – niskie ryzyko;
- od 10 do 14 punktów – ryzyko;
- od 15 do 18 punktów – wysokie ryzyko;
- powyżej 19 punktów – bardzo wysokie ryzyko.

Budowa/ waga w stosunku do wzrostu	Stan skóry	Płeć/wiek	Kontrola wypróżnienia	Zdolność ruchowa	Apetyt	Dodatkowe czynniki ryzyka
Średnia (0)	Zdrowa (0)	Mężczyzna (1)	Całkowita/ cewnik (0)	Pełna (0)	Przeciętny (0)	Niedożywienie/ stan terminalny (5)
Powyżej średniej (1)	Bibułkowata (1)	Kobieta (2)	Okresowe nietrzymanie (1)	Niepokój (1)	Słaby (1)	Zawał serca (5)
Otyłość (2)	Sucha (1)	14-49 (1)	Cewnik/ nietrzymanie stolca (2)	Apatyczny (2)	Cewnik do żołądka (2)	Miażdżyca (5)
Wychudzenie (3)	Obrzęknięta (1)	50-64 (2)	Nietrzymanie moczu i stolca (3)	Ograniczona (3)	Nie przyjmuje pokarmów/ anoreksja (3)	Niedowłady/ SM/cukrzyca/ udar (4-6)
	Zimna (1)	65-74 (3)		Wyciąg (4)		Przyjmowane leki: Steroidy (4) Cytostatyki (4) Przeciwzapalne (4)
	Przebarwiona (2)	75-80 (4)		Unieruchomiony (5)		
	Uszkodzona/ plamista (3)	>80 (5)				

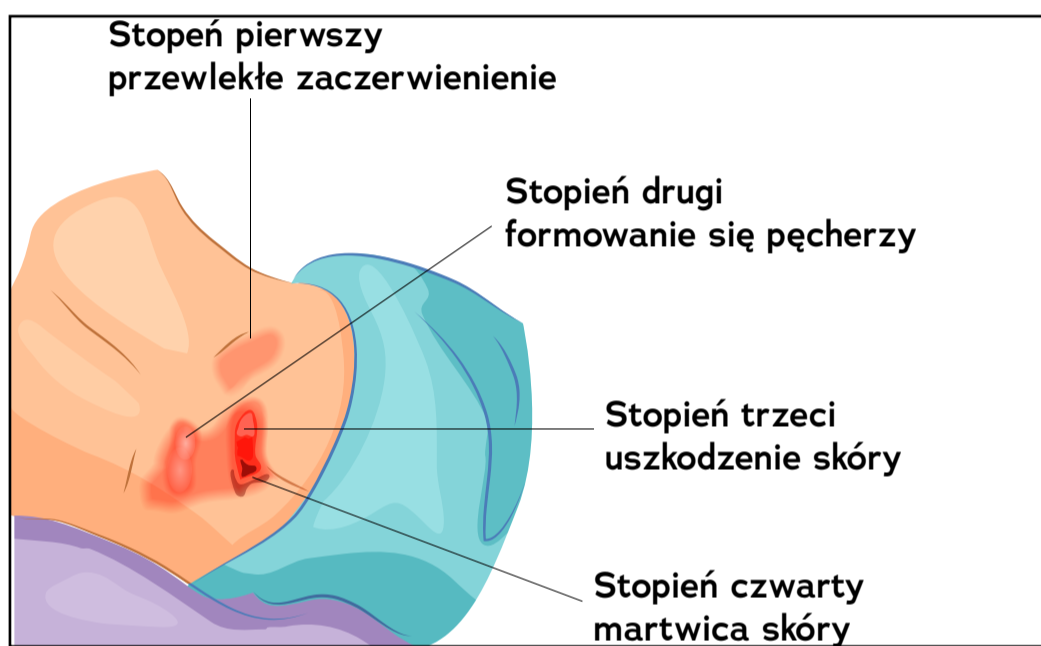
Skala Waterlow

3. **Skala Torrance'a** charakteryzuje się stopniami zaawansowania nasilenia zmian skórnych. Wyróżnia się następujące stopnie:

Stopień 0 – nie ma odleżyny;

Stopień I – charakteryzuje się blednącym zaczerwienieniem, rumieniem, skóra nie jest uszkodzona. Występuje reaktywne przekrwienie i zaczerwienienie w odpowiedzi na działające ciśnienie. Lekki ucisk palca powoduje zblednięcie tego zaczerwienienia, co pokazuje, że mikrokrążenie nie jest jeszcze zatrzymane i uszkodzone.

Stopień II – charakteryzuje się nieblednącym, powiększającym się zaczerwienieniem oraz tkanką twardą w dotyku. Po zakończeniu ucisku rumień nie ustępuje, co jest spowodowane uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem lub obrzękiem tkanek. W drugim stopniu może pojawić się powierzchniowy obrzęk, otarcie, lub przerwanie ciągłości naskórka, albo pęcherze. Pacjent może odczuwać ból, który powodują odsłonięte zakończenia nerwowe.



Skala Torrance'a

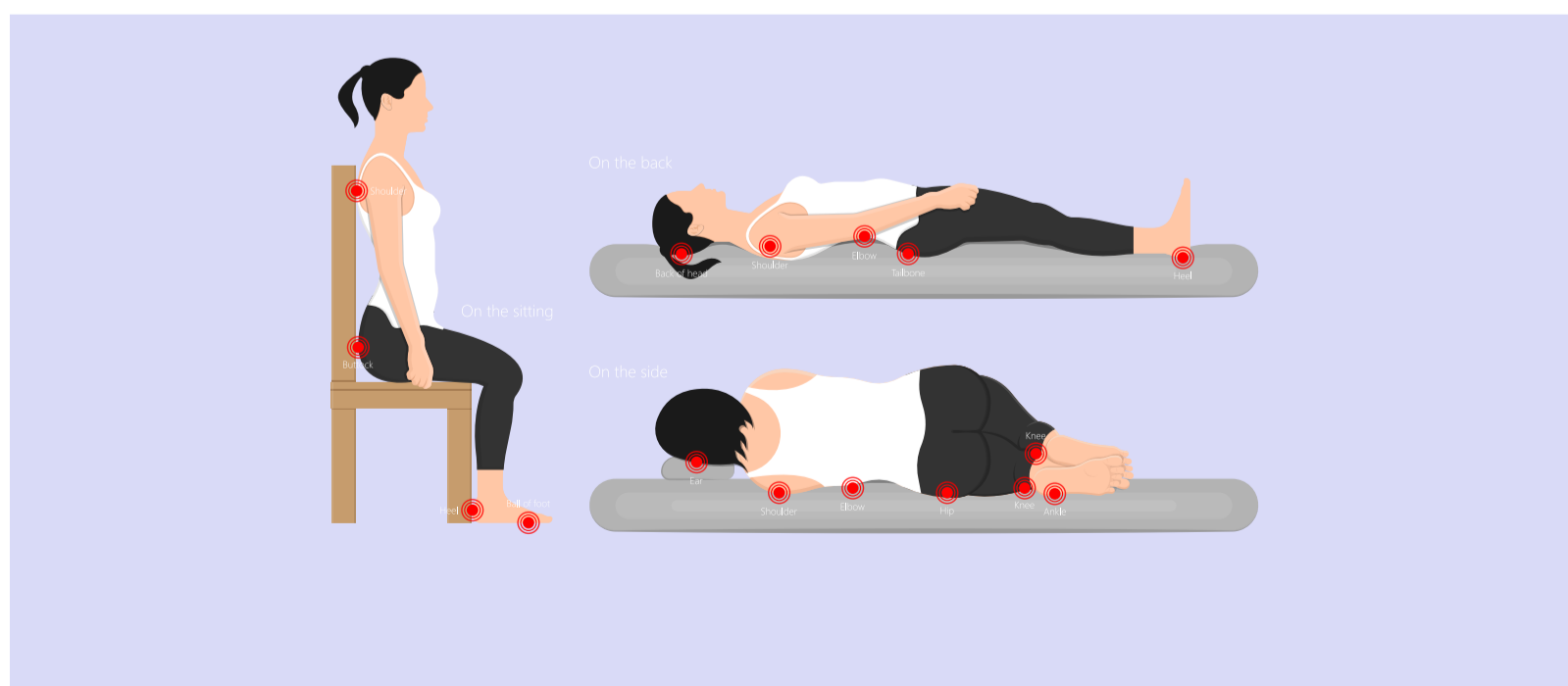
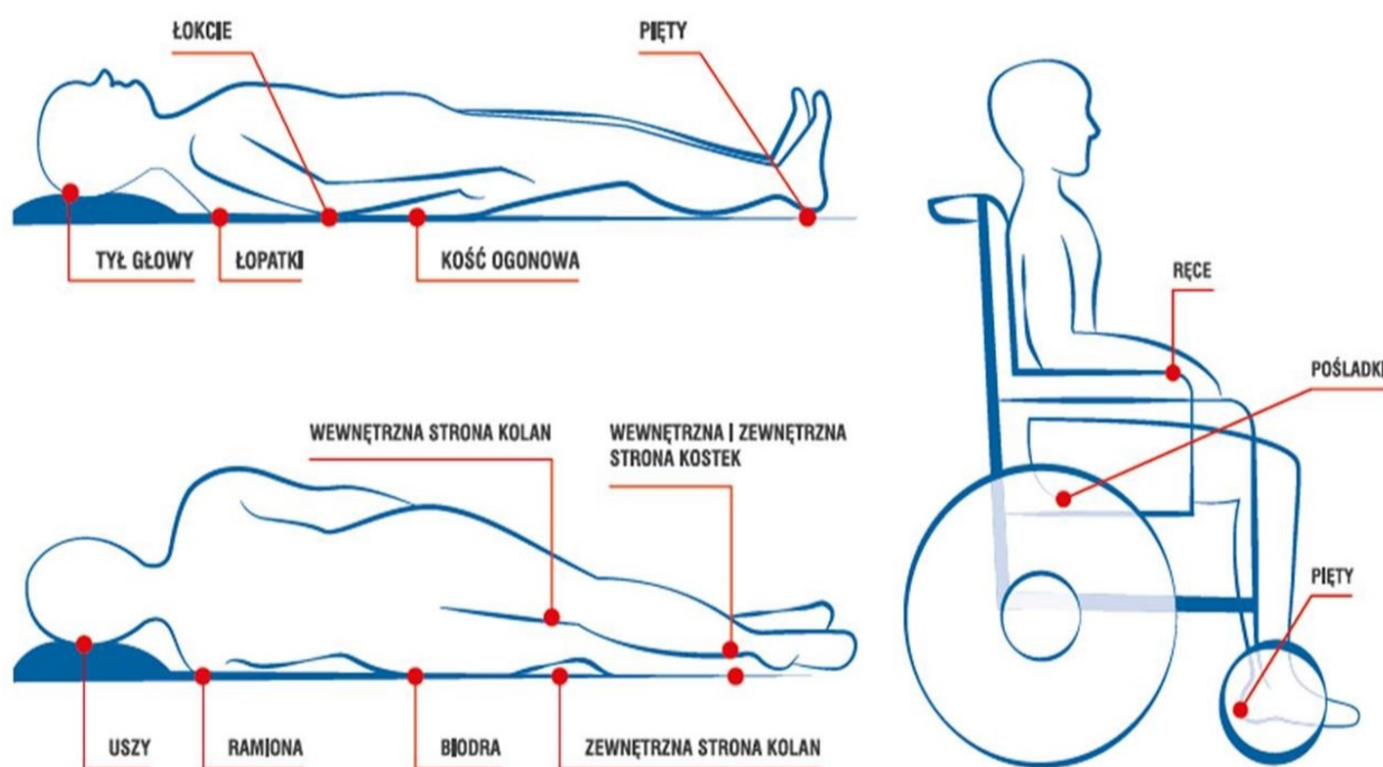
Stopień III – charakteryzuje się głębokim uszkodzeniem pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Skóra właściwa przestaje chronić ciało przed mechanicznymi urazami oraz nie zabezpiecza głębiej położonych tkanek, co może prowadzić do martwicy. Rana otoczona jest rumieniem i obrzękiem, a dno rany może być wypełnione żółtymi masami rozpadających się tkanek lub czerwoną ziarniną.

Stopień IV – charakteryzuje się uszkodzeniem, które dochodzi przez obumarłe tkanki do kości. Dno rany może być pokryte czarną martwicą. Dochodzi do zapalenia i zakrzepicy małych naczyń. Dobrze ograniczony jest brzeg odleżyny, lecz martwica obejmuje także otaczające ją warstwy skóry.

Stopień V – charakteryzuje się zaawansowaną martwicą (miejscową śmiercią narządu, jego fragmentu lub tkanki w żywym organizmie), która rozprzestrzenia się na mięśnie, kości i stawy. U pacjent może wystąpić wysoka gorączka, ból rąk i nóg, osłabienie, a także zakażenie całego organizmu, w tym do powstania sepsy.

GDZIE NAJCZĘŚCIEJ POJAWIAJĄ SIĘ ODLEŻYNY?

Odleżyna u pacjenta może pojawić się w każdym miejscu, które jest narażone na ucisk. Najczęściej jest to kość ogonowa, kość krzyżowa, pięty, łopatki łokcie. W zależności od pacjenta umiejscowienie odleżyn wygląda następująco:



JAK POSTĘPOWAĆ Z ODLEŻYNĄ?

Przystępując do leczenia warto wykonać poniższe kroki:

1. Określić lokalizację odleżyny – podaje się gdzie jest umiejscowiona.
2. Ocenic dno rany – sprawdza się obecność martwicy, ziarniny ewentualnych połączeń ze stawami, kośćmi.
3. Ocenic wielkość i głębokość rany – ocenia się jej największy wymiar poprzeczny i największą głębokość. Ocena powierzchniowa może być myląca. Wielkość rany może być myląca po oczyszczeniu martwicy.
 - Brzegi rany – oglądając brzegi rany, ocenia się jej kolor. Zaczerwienienie rany może świadczyć o zakażeniu, biaława, zmacerowana skóra o nadmiarze wilgoci, szarawe brzegi z martwicą mogą świadczyć o istnieniu kieszeni, a zasinienie okolicy rany o niedokrwieniu okolicznych tkanek.
 - Ocena otaczającej skóry – ocenia się obecność maceracji i infekcji.
 - Wysiłek – towarzyszy zawsze procesowi gojenia się rany. Ocenie podlega jego ilość: mały, średni, duży i rodzaj: wodojasny, surowiczny, krwisty, jasny.
 - Badanie palpacyjne oraz badanie bólu.

W celu kompleksowego zaopiekowania się pacjentem z odleżyną, warto powołać zespół, w którego skład będą wchodzić specjaliści z różnych dziedzin: opiekun medyczny, chirurg/ortopeda, pielęgniarka, rehabilitant, diabetolog, psycholog, dietetyk, osoba, która profesjonalnie dobierze obuwie. Ma to na celu zbadanie pacjenta, pod względem czynników mogących opóźnić gojenie się odleżyny np. cukrzyca, niedokrwistość, niewydolność krążenia i podjęcie ich leczenia.

Wybór sposobu leczenia odleżyn uzależniony jest od stanu ogólnego pacjenta: wieku, chorób podstawowych i współistniejących; prognozy dotyczącej pacjenta: czy celem jest całkowite wyleczenie odleżyny, czy tylko poprawa komfortu życia i złagodzenie dolegliwości; oraz od stopnia zaawansowania rozwoju odleżyny i etapu gojenia.

JAK ZAPOBIEGAĆ POWSTANIU ODLEŻYN?

Dbając o pacjenta z odleżyną należy zwrócić szczególną uwagę na stosowanie skali ryzyka wystąpienia odleżyn. Ważnym czynnikiem jest ocena stanu skóry i jej pielęgnacja, częsta zmiana pozycji i technika, którą się stosuje. Jeśli jest możliwość pacjent powinien leżeć na materacu przeciwoodleżynowym. Warto zwrócić uwagę na odżywianie pacjenta, jego leczenie, stosowanie środków pielęgnacyjnych oraz edukację rodziny i pacjenta.

W JAKI SPOSÓB PIELEGNOWAĆ SKÓRĘ?

W pielęgnowaniu skóry pacjenta, należy zwrócić szczególną uwagę na toaletę całego ciała minimum raz na dobę, miejsca szczególnie narażone na powstanie odleżyn natłuszczać, a przy skórze wrażliwej i suchej stosować preparaty ochronne takie jak oliwka, kremy ochronne. Przy skórze podrażnionej narażonej na działanie wilgoci (np. mocz, kał, pot) należy unikać tarcia. Po każdym zanieczyszczeniu, skórę oczyścić pianką i chusteczkami nasączo-nymi ekstraktami roślinnymi i lanoliną, a po każdej toalecie nałożyć na skórę warstwę środka ochronnego o działaniu przeciwzapalnym (Menalind lub Tena, alantan PC-30-V).

Podczas oklepywania miejsca narażonego na ucisk, należy wypukłą dłońią o złączonych palcach masować skórę z ominięciem wyniosłości kostnych. Nie należy stosować do pielęgnacji skóry preparatów spirytusowych, które wysuszają skórę. W pielęgnacji wrażliwej skóry chorego ważne jest, by pacjent używał bawełnianej bielizny osobistej i pościelowej.

Bardzo ważne w pielęgnacji skóry jest unikanie tarcia i fałdowania skóry!

Należy często (min. co 2 godz.) kontrolować czy skóra chorego nie uległa sfałdowaniu, podczas zmiany pozycji chorego w łóżku, należy unikać bezpośredniego pocierania powierzchnią skóry o podłoże, jeżeli chory jest bardzo słaby należy ułożenie ciała ustabilizować za pomocą specjalnych przedmiotów z gąbki poliuretanowej.

W JAKI SPOSÓB ZŁAGODZIĆ UCISK?

Aby złagodzić ucisk, pacjent powinien zmieniać ułożenie minimum co 2 godziny. Układając chorego na boku przedzielamy kończyny dolne poduszkami, celem uniknięcia wzajemnego ucisku. Układając pacjenta na brzuchu odciążamy kolce biodrowe, okolice guzowatości piersi, a u kobiet piersi.

Należy pamiętać, aby przy każdej zmianie pozycji natrzeć miejsca narażone na ucisk środkami do pielęgnacji skóry. Dodatkowo naciągnięcie prześcieradła sprawi, że zagniecenia dodatkowo nie będą drażniły i uciskały skóry. W tym celu należy minimum 2 razy na dobę prześcierać łóżko chorego.

W odpowiednim ułożeniu można zastosować udogodnienia takie jak: ochraniacze na stawy łokciowe, skokowe, kółka pod pośladki z pianki poliuretanowej, nadmuchiwane opaski na kończyny, poduszki przeciwodleżynowe, kliny, wałki podkładane są w celu stabilizacji pozycji lub miejscowemu odciążeniu części ciała najbardziej narażonych na odleżyny. Występują także poduszki zmiennociśnieniowe (polecane dla osób na wózkach inwalidzkich), których zasada działania jest podobna do materacy zmiennociśnieniowych.

Usprawnieniem będzie również zastosowanie materacy przeciwodleżynowych (najlepiej zmiennociśnieniowych). Jeśli chory leży na materacu przeciwodleżynowym nie potrzeba odkładać dodatkowo krążków odbarczających.



Poduszka przeciwodleżynowa



Materac przeciwodleżynowy

JAK DOBRAĆ DIETĘ DLA PACJENTA?

Ponieważ chory z odleżynami traci przez nieduże ilości białka powinien być odżywiany dietą wysokobiałkową (1,5 do 2,0 gramów białka/kg/dobę) z uwzględnieniem dużej ilości białka zwierzęcego. Dieta wysokokaloryczna (3,5 do 4 tys. kcal/dobę), oraz pełnowartościową, bogatą w witaminy (witaminę C) i sole mineralne. Białko powinno stanowić 13% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Źródłem białka są: mleko, jajka, mięso, drób, ryby, warzywa. Unikanie potraw ciężkostrawnych, długo zalegających w żołądku, wzdymających, ostro przyprawionych marynat. Przestrzegamy też regularności i częstości spożywanych posiłków 4-5 razy na dobę. Dieta wysokobiałkowa jest dietą przejściową, stosujemy ją do czasu wygojenia odleżyn. Dalsze żywienie zależy od stanu chorego.

PROFILAKTYKA ZAPOBIEGANIU ODLEŻYN W 10 KROKACH

1. Obserwacja skóry pacjenta.
2. Stosowanie skal ryzyka powstania odleżyny.
3. Częste wymuszanie zmiany pozycji pacjenta.
4. Specjalny sprzęt pomocniczy - wałki, poduszki i ochraniacze.
5. Materace przeciwoodleżynowe.
6. Równe ułożenie prześcieradła i pościeli.
7. Prawidłowe odżywianie pacjenta.
8. Dbanie o nawilżenie skóry.
9. Higiena osobista.
10. Edukacja pacjenta i jego rodziny.

ŹRÓDŁA:

Bard A.: Gojenie się ran w środowisku wilgotnym.
Odleżyny Pielęgniarka i Położna 1995,37, 4:26

Kruk- Kupiec G.: Odleżyny i mechanizmy obronne.
Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1996,1

Sopata M. et al.: Odleżyny – zapobieganie i leczenie. Poradnik dla pielęgniarek i lekarzy. NR-
PIP Warszawa 1996, 31-33

Szwałkiewicz E: Odleżyny. Zapobieganie i leczenie 1996.

Szwałkiewicz E: Zapobieganie odleżynom w domu. Magazyn Pielęgniarki
i Położnej, 1996, 3:18-22

Towpik E: Podstawowe wiadomości o odleżynach. Nowotwory 1995, 45 supl.2

Kruk- Kupiec G.: Odleżyny. Poradnik dla Pielęgniarek i Położnych. Zakład Poligraficzno-
Wydawniczy „PLIK” Piekary Śląskie 1999; Wydanie III

Wasiak K Możliwość wyboru preparatów i opatrunków do zachowawczego leczenia odleżyn.
Ordynator leków 2002; 6: 16-22

Sopota M. Ból i Opieka Paliatywna II . Profilaktyka i sposoby leczenia odleżyn przy zastosowaniu kolorowego systemu klasyfikacji.