

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
Wydział Ochrony Zdrowia Instytut Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Kierownik: dr n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka
Jagiellonian University Collegium Medicum in Cracov
Faculty of Health Protection Institute of Nursing, The Department of Clinical Nursing
Head: dr n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka

LUCYNA ŚCISŁO, ELŻBIETA WALEWSKA

*The range of curative – caring and educational
tasks before patients with venous leg ulcers*

**Zakres działań leczniczo-pielęgnacyjnych i edukacyjnych
wobec pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni**

WSTĘP

Żylne owrzodzenia podudzi stanowią znaczący problem medyczny i ekonomiczny. Szacuje się, iż schorzenie to dotyczy od 1% dorosłej populacji i liczba ta stale wzrasta wraz z wiekiem. Kobiety przeważają nad mężczyznami w stosunku 3:1. Owrzodzenia czynne występujące w około 50% przypadków mogą utrzymywać się nawet kilkanaście lat. Ich trudny proces leczenia, skłonność do nawrotów oraz ryzyko infekcji ran jest przyczyną kalectwa czynnościowego i społecznego. [1, 3, 4]

Celem pracy jest przedstawienie skuteczności podejmowanych działań leczniczo pielęgnacyjnych i edukacyjnych wobec pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni w warunkach ambulatoryjnych.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

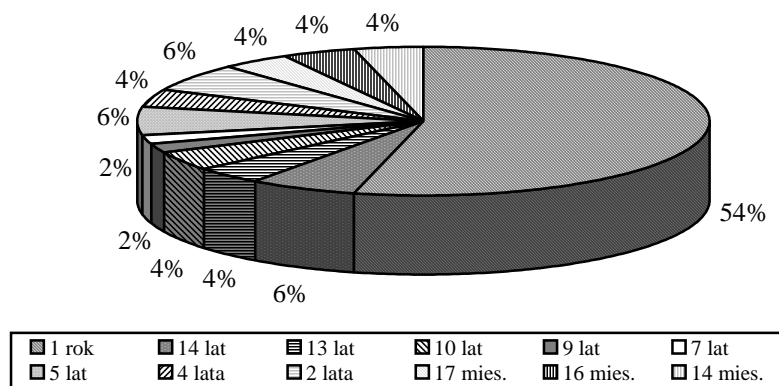
Badaniem objęto 50-cio osobową grupę pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni leczonych w Wojewódzkiej Poradni Naczyń w Krakowie. W badanej populacji było 32 kobiety i 18 mężczyzn w wieku 54 do 78 lat (średnia wieku wynosiła 64,5 lat).

W badaniach wykorzystano retrospektywną metodę badawczą w oparciu o analizę dokumentacji lekarskiej i pielęgniarstwa.

W analizie uwzględniono: czas trwania choroby, wielkość i czas gojenia się owrzodzeń, ich ponowne wznowienie, powikłania towarzyszące owrzodzeniom (infekcje, alergizacje skóry), a także udział pacjenta w leczeniu.

WYNIKI BADAŃ

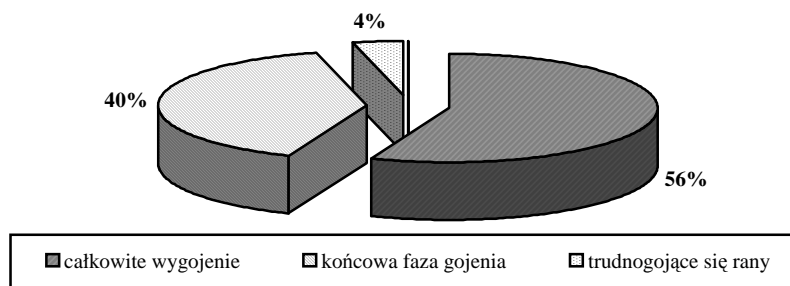
Czas gojenia owrzodzeń żylnych w badanej grupie przedstawia rycina 1.



Rycina 1. Czas trwania terapii owrzodzeń w badanej populacji

Z danych przedstawionych na wykresie wynika, iż 54% stanowią pacjenci, którzy objęci są leczeniem od roku. W tej grupie pacjentów owrzodzenia były stosunkowo niewielkich rozmiarów od 0,5 x 1 cm do 2 x 3 cm i goiły się szybko od 3 tygodni do 3 miesięcy. U 46% pacjentów terapia trwała ponad 12 miesięcy lub trwa nadal; są to chorzy z owrzodzeniami otwartymi lub zamkniętymi, bądź w fazie gojenia. Najdłuższy odnotowany w tej grupie czas terapii, od powstania pierwszego owrzodzenia (z okresami wygojenia i nawrotami), wynosił 14 lat. Wielkość owrzodzeń w tej grupie pacjentów kształtowała się w granicach od 0,5 x 1 cm do 20 x 30 cm, czas gojenia wynosił 2 miesiące do 2 lat.

Stan procesu gojenia i wygojenia ran w badanej populacji przedstawia rycina 2.

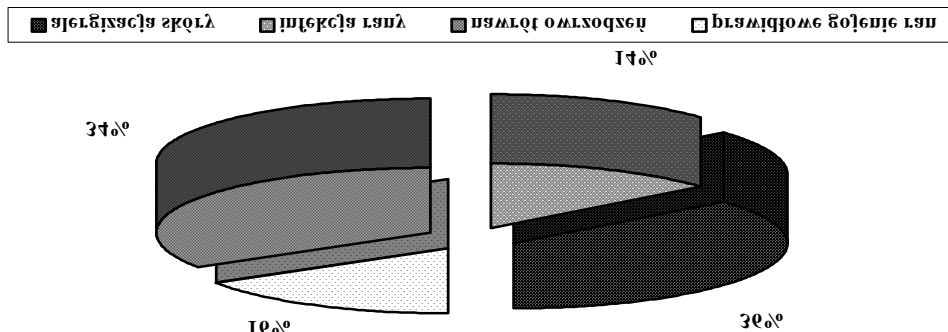


Rycina 2. Stadium procesu gojenia i całkowite wygojenie owrzodzeń

Z danych przedstawionych na wykresie wynika, iż u 28 pacjentów (56%) uzyskano całkowite zagojenie ran w okresie od kilku tygodni do 2 lat; w tym u 21 osób (42%) wszystkich badanych objętych leczeniem od roku oraz u 7 osób (14%), u których terapia z okre-

sami otwartych ran, wygojeń i nawrotów trwała/trwa ponad 12 miesięcy. Natomiast poprawę stanu owrzodzenia z procesem pojawienia się ziarniny i naskórkowania (końcowa faza gojenia) zaobserwowano u 20 pacjentów (40%); w tym u 4 osób (8%) trwającej terapii od roku i u 16 osób (32%) objętych leczeniem ponad 12 miesięcy. U 2 badanych osób (4%) zaobserwowano trudno gojące się rany. Byli to pacjenci nie stosujący się do zaleceń leczenia, nie zgłaszający się na wizyty kontrolne, stosujący własne sposoby postępowania.

Proces gojenia owrzodzeń w badanej populacji przedstawia rycina 3.



Rycina 3. Proces gojenia owrzodzeń w badanej populacji

Dane przedstawione na wykresie wskazują, iż u 16% pacjentów gojenie przebiegało prawidłowo, bez powikłań, u 36% chorych stwierdzono alergizację skóry wokół owrzodzenia, u 14% badanych nastąpiła infekcja rany. U 34% osób odnotowano nawrót owrzodzenia po uprzednim wygojeniu. W grupie chorych, gdzie wystąpiły infekcje rany, alergizacja skóry, powtarzały się nawroty owrzodzeń udokumentowano brak współpracy w leczeniu ze strony chorego (20% populacji). Zjawisko to miało niekorzystny wpływ na proces gojenia się ran.

Szczególne znaczenie w leczeniu owrzodzeń podudzi u wszystkich badanych osób miała kompresjoterapia (terapia uciskowa) mająca na celu: zmniejszenie ciśnienia w żyłach powierzchniowych, poprawienie powrotu żylnego i usprawnienie mikrokrążenia, zmniejszenie obrzęku oraz ilości wydzieliny z owrzodzenia. [2,4] Zalecano pacjentom wykonywanie opatrunków kompresyjnych z użyciem gotowych wyrobów uciskowych, stosowanie ucisku stopniowanego, największego w okolicy kostek a malejącego w kierunku proksymalnym.

Obok leczenia kompresyjnego niezmiernie ważnym elementem terapii było oczyszczanie owrzodzeń z tkanek martwiczych i wydzieliny ropnej - w fazie wysiękowej, natomiast w okresie ziarninowania i naskórkowania konieczna jest stymulacja tych procesów.

W procesie oczyszczania chemicznego dna rany, przed zaopatrzeniem rany wszystkim chorym, zalecano dokładną kąpiel rany, wielokrotne przepłukiwanie rany roztworem 0,9% NaCl, zastosowanie maści Iruzol mono lub Fibrolan celem usunięcia bakterii z powierzchni rany oraz ułatwienia usuwania martwych tkanek. Skórę wokół owrzodzenia zalecano zabezpieczyć maścią z dodatkiem witamin lub wazeliną kosmetyczną. W przypadku zaistniałej konieczności chirurgicznego oczyszczania rany z tkanek martwiczych, zabieg przeprowadzano przy użyciu kleszczyków, nożyczek lub łyżeczki po zastosowaniu 2% żelu lidokainowego. Na owrzodzenia oczyszczone stosowano preparat Linomag liquid celem ochrony rany przed uszkodzeniem nowego naskórka. Uzupełnienie zaopatrzenia ran stanowił jałowy opatrunek gazowy a następnie opatrunek kompresyjny.

W przypadku stwierdzonej infekcji rany pobrano wymaz z owrzodzenia na badanie bakteriologiczne i na podstawie antybiogramu zastosowano leczenie farmakologiczne: Detreomycyna 2% maść (u 4% osób), Neomycyna maść (u 4% osób), przymoczki z Gentamycyny – 250 ml 0,9% NaCl z dodatkiem 80 mg Gentamycyny (u 6% osób). W przypadku zaistniałej alergizacji skóry wokół owrzodzenia najczęściej stosowano maść Flucinar z wazeliną. W 4 przypadkach (8%) konieczna była aplikacja kremu zawierającego kortykosteryd o umiarkowanej sile działania (1% Laticord). Po zastosowanej terapii w obserwowanych przypadkach zaobserwowano poprawę stanu miejscowego rany i skóry wokół owrzodzenia.

U badanych pacjentów zalecano również stosowanie leków flebotropowych. Najczęściej stosowanym lekiem był Detralex (kombinacja dwóch flawonoidów: diosminy – 90% i hesperydyny – 10%), którego działanie miało na celu likwidację zaburzeń w mikrokrążeniu, zwiększenie tonusu żylnego i poprawienie przepływu limfatycznego. Często zalecano także pentoksyfilinę ze względu na korzystne zmniejszenie lepkości krwi i agregacji krwinek białych i płytek krwi. [1,4] W profilaktyce zakrzepicy żył głębokich zalecano stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej (Fraxiparyna, Clexane). Wspomagające znaczenie miało objawowe stosowanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych.

Kolejną formą terapii pacjentów z owrzodzeniami goleni realizowaną w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń jest edukacja będąca również czynnikiem decydującym o powodzeniu podejmowanego leczenia, jednocześnie pełniąc rolę profilaktyczną przeciwko tworzeniu się nawrotów [2, 4]. Badanym pacjentom zalecano wykonywanie ćwiczeń usprawniających mikrokrążenie, regularne spacerowanie, jazdę na rowerze, pływanie, unikanie dłuższego stania lub siedzenia. Ważną rolę odgrywały zalecenia dotyczące korekcji ustawienia podszwy (obuwie nie utrudniające krążenia), zastosowania zbilansowanej diety wspomagającej gojenie rany (świeże warzywa, owoce, białko), odżywienia skóry (kąpiele, masaże łydek, higiena nóg i stóp). Zwracano również uwagę na regularne stosowanie drenażu ułożeniowego, polegającego na odpoczynku z kończynami uniesionymi powyżej poziomu serca, celem zmniejszenia ciśnienia żylnego, ustąpienia obrzęku, a także bólu.

WYNIKI

Założeniem stanowiącym podstawę leczenia w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń jest leczenie przyczynowe owrzodzeń goleni, polegające na eliminacji zastojów żylnych poprzez zastosowanie kompresjoterapii i drenażu ułożeniowego, postępowanie miejscowe zmierzające do zagojenia przez ziarninowanie, zastosowanie farmakoterapii (miejscowej i ogólnej) a także edukacja pacjenta. Wyniki badanej populacji wskazują, iż u chorych, którzy nie stosują się do zaleceń leczenia, następował trudny, opóźniony proces gojenia się owrzodzeń i częste infekcje ran. Zatem uzasadnionym elementem działań pielęgniarstwa jest podejmowanie edukacji zarówno pacjenta jak i rodziny, szczególnie w przypadku chorych wymagających pomocy ze względu na wiek. W procesie edukacji ważną rolę odgrywa wzbudzenie motywacji chorego poprzez ukazanie postępów w leczeniu, zależnych od konsekwentnego zastosowania się do zaleceń edukacyjnych, zachęcanie do współpracy z całym zespołem terapeutycznym uczestniczącym w leczeniu.

Obecnie, obok stosowania leczenia owrzodzeń opatrunkami okluzyjnymi, o których donosi literatura krajowa i zagraniczna, nie straciły na znaczeniu podstawowe, tradycyjne, przedstawione w doniesieniu metody leczenia owrzodzeń żylnych stosowane w większości ośrodków. Przy trudnej sytuacji socjoekonomicznej i dużej rozpiętości cen produktów potrzebnych do leczenia owrzodzeń żylnych, również ma swoje uzasadnienie podejmowanie leczenia stosownego do możliwości samego pacjenta.

WNIOSKI

Podejmowane działania leczniczo–pielęgnacyjno-edukacyjne u chorych z owrzodzeniami żylnymi goleni w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń są skuteczne, prowadzą do pełnego wygojenia ran.

Pozytywne efekty leczenia owrzodzeń daje wielokierunkowy, skojarzony zakres działań terapeutycznych oraz pielęgnacyjno-edukacyjnych.

Leczenie owrzodzeń żylnych jest procesem złożonym, zależnym od stopnia zaawansowania owrzodzenia, procesu gojenia się rany, a także od zdyscyplinowania pacjenta w zakresie współpracy w leczeniu z zespołem terapeutycznym.

Zaproponowane i realizowane działania edukacyjne wobec pacjentów z owrzodzeniami podudzi umożliwiają osiągnięcie skrócenia czasu gojenia się ran, zmniejszają ryzyko wystąpienia infekcji oraz nawrotów owrzodzeń, a tym samym poprawiają jakość życia tych chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. Franks P.J., Moffatt C.J., Connolly M., et al.: Community leg ulcer clinics: effect on quality of life. *Phlebology*. 1994; 83-86.
2. Kucharzewski M., Franek A.: Krótki rys historyczny leczenia owrzodzeń podudzi. *Przegląd flebologiczny*, 2001, 9, 4, 65-69.
3. Kózka M.: Żylne owrzodzenia podudzi. *Magazyn Medyczny – Lekarz Rodzinny*, 2002, 49-52.
4. Zapalski S.: *Przewlekła niewydolność żylna*. Via Medica, Gdańsk 2001.

STRESZCZENIE

Owrzodzenia żylnie podudzi uważa się za jedno z najpoważniejszych powikłań przewlekłej niewydolności żylniej. Według danych statystycznych u około 1% populacji stwierdza się owrzodzenie otwarte lub zagojone, liczba ta wzrasta do 3% wśród osób powyżej 65 roku życia. Ich skłonność do nawrotów obniża jakość życia pacjentów.

Celem pracy było przedstawienie skuteczności realizowanego zakresu działań leczniczo-pielęgnacyjnych i edukacyjnych u pacjentów z owrzodzeniami żylnymi goleni.

W badaniach wykorzystano metodę retrospektywną na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej i pielęgnarskiej.

Badaniem objęto 50 – osobową grupę pacjentów z owrzodzeniami żylnymi podudzi leczonych w Wojewódzkiej Poradni Chorób Naczyń w Krakowie. W analizie uwzględniono czas trwania choroby, wielkość i czas gojenia się owrzodzeń, ich ponowne wznowienia, powikłania towarzyszące owrzodzeniom (infekcje, alergizacje skóry).

Uzyskane dane wykazały, iż wielokierunkowe postępowanie terapeutyczne, realizowane działania edukacyjne wobec pacjentów oraz współpraca zespołu lekarz – pielęgniarka – pacjent daje pozytywne efekty leczenia oraz wpływają w znacznym stopniu na poprawę jakości życia pacjentów.

SUMMARY

Venous leg ulcers are believed to be one of the most serious complications chronic venous failures. According to the statistic information about 1% of the population has got opened or healed ulcers. The number of the sick is growing to 3% among persons over 65 year old. The tendency to relapse into illness in great part reduce patient's quality of life.

The purpose of this report was to show the efficiency of nursing and educational care. In the study a method of retrospective the medical and nursing specification's analysis was used

The 50 – persons group of patients with venous leg ulcers from Wojewódzka Poradnia Chorób Naczyń in Cracow was investigated. In observation we include the time of disease, the size and time of ulcers' heal and the recrudescence of these.

The results of the study turned out to be conclusive that multidirectional therapeutic conduct, educational activities before patients and co-operation with the team doctor-nurse-patient give positive effects of cure and have the big influence to the better quality of patient's life.