

Bércový vřed

Standard léčebného plánu

A.

Identifikační údaje

Zpracovala: Prof.MUDr.Alena Pospíšilová CSc.

B. Věcný rámec standardu - BÉRCOVÝ VŘED

B1. Vymezení věcného rámce standardu

M: Pojmy a zkratky

Použité pojmy a zkratky:

AS – arteriosklerosis obliterans
ACLA – antikardiolipinové protilátky
ANA-screening – screening antinukleárních protilátek
CIK – cirkulující imunokomplexy
CVI – chronická venózní insuficience
ICHS – ischemická choroba srdeční
LDN – léčebna pro dlouhodobě nemocné
PN- pracovní neschopnost
RA- revmatoidní artritida
SLE – systémový lupus erythematosus
TPHA – treponema – hemaglutinační test
TPIT – treponema – imobilizační test

M: Definice

Definice onemocnění:

Bércový vřed lze definovat jako ztrátu kožní substance, zasahující různě hluboko do podkoží. Je to porucha anatomické struktury a funkce kůže. Hojení bércového vředu probíhá per secundam – výstavbou nové tkáně.

Bércový vřed je onemocnění chronické, často recidivující, zpravidla spojené s dlouhou dobou hojení a s vysokými náklady na léčbu. Prevalence bércového vředu v populaci dospělého věku se pohybuje mezi 0,3-1 %, ve věkových skupinách nad 70 roků se zvyšuje až na 5 %. V každé věkové skupině bércový vřed s sebou přináší problémy zdravotní, ekonomické, sociální a psychologické, neboť významně snižuje kvalitu života nemocného.

Příčina bércového vředu může být rozmanitá. Převážná část bércových vředů 57-85 % má příčinu žilní, přibližně 10 % je původu arteriálního, zbývající část má příčinu jinou.

Prognóza onemocnění je proto ve většině případů podmíněna patologicko-anatomickým a funkčním stavem žilního a arteriálního systému. Kromě těchto ukazatelů ovlivňuje hojení bércového vředu řada faktorů místních a celkových.

B2. Epidemiologické charakteristiky onemocnění

M: Výskyt onemocnění

Výskyt:

Bércový vřed je onemocnění vyskytující se v dospělém věku, jehož prevalence v populaci se pohybuje mezi 0,3-1%. S přibývajícím věkem incidence onemocnění vzrůstá, nejvyšší výskyt bércových vředů je ve věkové skupině mezi 70.-80.rokem. Častěji jsou postiženy ženy nežli muži a to v poměru 2:1, podle některých údajů až v poměru 3:1.

V etiologickém spektru zaujímají první místa bérkové vředy žilního původu, zejména posttrombotické, za nimiž následující ulcerace arteriální a diabetické. Bérkové vředy jiných příčin jsou vzácnější. Zvýšený výskyt bérkových vředů zejména žilního původu je zaznamenán také v některých profesních odvětvích, spojených s vyšší statickou zátěží dolních končetin např. u prodavaček.

B3. Kvalifikační předpoklady

M: Instituce

Instituce:

1. ambulantní zařízení:

- a) ambulance praktického lékaře
- b) ambulance specializovaných oborů: dermatologická
chirurgická
angiologická
chirurgická
plastické chirurgie
cévní
diabetoogická
- c) specializovaná Centra léčby chronických ran
- d) domácí péče

2. lůžková zařízení:

- a) lůžková oddělení akutní péče nemocnice II. a III. typu
- b) lůžková oddělení následné péče – LDN, geriatrická oddělení
- c) azylová zařízení (Hospic)

M: Personál

Odborný personál:

Léčbu bérkového vředu řídí ošetřující lékař s I. nebo II. atestací, případně lékař v přípravě na atestaci pod vedením lékaře se specializací z oboru dermatovenerologie. Ošetření bérkového vředu provádí sestra, ve vybraných případech vyžadujících lékařský zákrok (např. débridement chirurgický nebo mechanický) lékař.

M: Technické předpoklady

Technické předpoklady:

Diagnostika a léčba bérkového vředu se provádí na ambulanci klinického pracoviště, na oddělení přímo u lůžka nebo na oddělení v místnosti určené pro zevní terapii. Ambulance musí mít k tomuto účelu vybavenou samostatnou místnost pro ošetřování bérkových vředů, případně samostatnou místnost pro aplikaci i.v. terapie. Ideální stav představuje Centrum hojení chronických ran, které splňuje tyto podmínky (vyšetřovna, převazovna, místnost pro infuzoterapii a fyzikální terapii).

Pracoviště pro diagnostiku bérkového vředu musí být vybaveno základním instrumentáři – pinzety, nůžky, exkochleační lžičky. Do přístrojového vybavení pracoviště pro diagnostiku a

léčbu bércových vředů patří Dopplerovský přístroj a přístroj k funkčnímu vyšetření žilního systému D- PPG.

Jiné předpoklady:

Nejsou.

C.	Proces péče
-----------	--------------------

C1.	Vstupní podmínky procesu péče
------------	--------------------------------------

M: Anamnéza

Anamnéza musí zahrnovat:

- rodinnou anamnézu,
- osobní anamnézu,
- gynekologickou anamnézu (u žen),
- farmakologickou anamnézu,
- sociální anamnézu,
- nynější onemocnění – začátek onemocnění, recidivy, četnost recidiv.

M: Stanovení diagnózy

Stanovení diagnózy:

Ke stanovení diagnózy – prima vista - je nutná znalost anamnestických údajů a popis onemocnění, který vychází ze zhodnocení nálezu aspekci a palpaci. Popis lokálního nálezu musí obsahovat: lokalizaci, velikost, tvar, charakter okrajů, vzhled spodiny rány, intenzitu sekrece, okolí rány.

M: Stanovení rozsahu onemocnění

Stanovení rozsahu onemocnění:

Rozsah onemocnění se vyjadřuje velikostí bércového vředu, podélným příčným rozměrem v cm a hloubkou rány. Pro účely klinických studií se doporučuje vyjádření plochy bércového vředu v cm². Součástí stanovení rozsahu onemocnění je zhodnocení okolí bércového vředu.

C2.	Vlastní proces péče
------------	----------------------------

M: Základní vyšetření

Základní vyšetření:

- základní biochemické a hematologické vyšetření,
- mikrobiologické,
- sonografické – Dopplerovským přístrojem.

M: Doplnková vyšetření

Doplnková vyšetření:

- speciální biochemické (ASLO, CIK, ACLA, ANA-screening, D-dimery, stanovení fibrinogenu v krvi a j.),

- sérologické vyšetření (TPHA, TPIT, anti-HIV),
- histologické, imunohistologické vyšetření,
- funkční vyšetření D-PPG přístrojem,
- Doppler-duplexní sonografie,
- invazivní vyšetření: flebografie (kontrastní, radioisotopová), arteriografie (klasická, digitální subtrakční), lymfografie.

M: Léčba

Léčba:

Léčebný postup bércového vředu:

- péče o celého člověka,
- profesionální přístup,
- respektování fází hojení,
- zajištění vlhkého prostředí pro hojení bércového vředu,
- dosažení nejvyšší možné kvality ošetření s tím kvality života nemocného.

Volba terapie:

Veškerá terapie – místní, celková, fyzikální - musí být podřízena zjištěné příčině onemocnění a fázi bércového vředu (fáze čistící, fáze granulační, fáze epitelizační).

Jednotlivé fáze léčby ve zvolené terapii:

M: Zevní terapie

1. Zevní terapie:

Zevní terapie u bércových vředů zahrnuje léčbu: konzervativní a chirurgicko-plastickou.

1a. Zevní léčba konzervativní

Konzervativní léčbu lze provádět tzv. moderním krytím a klasickými prostředky.

Zevní terapie „moderním krytím“ v jednotlivých fázích hojení:

a) Fáze čistící:

Iruzol mast, Fibrolan mast, TenderWet polštářky, amorfní gely, kompaktní hydrogely, alginátová krytí, krytí s aktivním uhlím, síťová krytí s antiseptiky, pěnová krytí, hydrovlákna.

b) Fáze granulační:

Hydrokoloidy, hydrogely, algináty, krytí s aktivním uhlím, pěnová polyuretanová krytí, síťová krytí, hydrovlákna.

c) Fáze epitelizační:

Pěnová polyuretanová krytí, hydrogely, hydrokoloidy, síťová krytí, polyuretanové filmy.

Zevní terapie klasická v jednotlivých fázích hojení:

a) Fáze čištění:

Obklady z Calcariae, z 3% Borové vody, ze slabě růžového roztoku hypermanganu, jednopromilového roztoku Persterilu, Fyziologického roztoku, roztok Betadine, Kafrová mast, Chloramfenikolová mast, Bactroban mast, Betadine mast.

b) Fáze granulační:

Borargentová mast, 3% Borová vaselina, Kafrová mast, do okolí rány, Indiferentní pasta., mastný tyl s bílou vaselinou, mastný tyl s bílou vaselinou a Chlorophyl sprayem.

c) Fáze epitelizační:

Borargentová mast, 3% Borová mast, mastný tyl s bílou vaselinou, tapping (methylnodř + pásky z náplasti).

1b. Zevní léčba chirurgicko-plastická biologickými kryty:

- kožní štěpy Reverdine,
- kožní štěpy Tiersche,
- kultivované alogenní keratinocyty,
- bioinženýrská tkáň – LSE (Apligraf – u nás zatím nedostupná).

M: Systémová terapie

2. Systémová terapie:

Systémová terapie musí být zaměřena na:

- příčinu bércevého vředu,
- na patogenní mikroorganismy zapříčiňující komplikace hojení,
- celkový stav nemocného,
- přídatná onemocnění,
- bolest.

M: Fyzikální terapie

3. Fyzikální terapie:

Fyzikální terapie je podřízena příčině bércevého vředu. Zahrnuje tyto složky:

- kompresivní terapii obinadly (punčochy u bércevého vředu nejsou vhodné),
- kompresivní terapii přístrojovou (Pneufen Vasotrain),
- biostimulační lampu (Biotron),
- manuální masáž rány (u lymfatických bérceových vředů),
- chůzi, intenzivní mobilizaci pacienta a rehabilitační gymnastiku.

M: Radikální terapie

4. Radikální terapie

- a) sklerotizace varixů v okolí bércevého vředu
- b) chirurgická (ligace insuf. míst, stripping, fasciotomie, angioplastika, arteriální bypass) – s předáním pacienta na příslušné chirurgické oddělení.

M: Možné komplikace

Možné komplikace:

Mezi komplikace vyskytující se v průběhu hojení bércevého vředu patří přidružené infekce, často nozokomiální infekce. Mezi nejčastější patří erysipel. Léčba infekčních komplikací musí být cílená. K jiným komplikacím vyskytnuvším se v průběhu léčby bércevého vředu jsou alergické reakce na aplikovanou externa v rámci jeho léčby.

M: Edukace pacienta

Edukace pacienta:

Pacient musí být poučen o léčebném postupu, v případě indikace radikálního zákroku (probatorní excize, chirurgicko-plastická léčba) musí být podepsán informovaný souhlas pacienta.

C3.

Podmínky ukončení procesu péče

M: Ukončení léčby

Stav pacienta dovolující ukončit léčbu na medicínském pracovišti:

Jakmile místní nález bércového vředu a celkový stav nemocného jsou natolik zlepšeny, že je možné přejít na léčbu ambulantní, nemocný je převeden do ambulantní péče. Zlepšením místního nálezu se rozumí alespoň vyčištění spodiny bércového vředu a navození fáze granulační. V případech, vyžaduje-li léčba nemocného intervenci jiného odborného oddělení, je pacient předán na toto oddělení.

M: Stanovení navazující péče

Stanovení navazující péče:

Pacient je s propouštěcí zprávou, ve které je podán návrh další léčby, předán do ambulantní péče klinického pracoviště nebo odborného dermatologa dle sektoru, případně do péče praktického lékaře. Pacient je při propuštění poučen o způsobu ošetřování a o preventivních opatřeních. V případě předání na jiné oddělení specializované nebo na následné péče, je vybaven propouštěcí zprávou.

M: Rehabilitační plán

Rehabilitační plán:

Rehabilitační plán je sestaven na základě konziliárního vyšetření u nemocných s poruchou mobility. Rehabilitace je prováděna rehabilitační sestrou a po zaškolení samotným pacientem.

Tabulka 1: Výsledky - kritéria a indikátory kvality péče

Část standardu	Kontrolní kritéria	Způsob kontroly
Podmínky zahájení péče	Kvalitně odebraná anamnéza a vyšetření za účelem zjištění vyvolávající příčiny	Záznam v dokumentaci
Proces léčby	Stav spodiny vředu: nekróza, fibrinové povlaky, granulace, epitelizace, velikost . Stav okolí rány: ekzematizace, mokvání, pyodermie. Subjektivní kritéria: zápach, bolest.	Záznam v dokumentaci Intervaly kontrol podle stavu bércového vředu a okolí
Podmínky ukončení péče	Zhojení, odstranění rizikových faktorů, edukace nemocného	Záznam v dokumentaci Kontinuální sledování v delších časových intervalech se zaměřením na dodržování preventivních opatření, s cílem zabránění recidivám

1. Norgauer J.: Neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Therapie des Ulcus cruris venosum. Hautarzt, 50, 1999, s.316-316.
2. Guttman CH.: Skin substitutes valuable for hard-to-heal wounds. Dermatology times, 23, 9, 2002, s.72-74.
3. Harding K.G., Moris H.I., Patel G.K.: Healing chronic wounds. Brit. Med.J., 324, 19, 2002, s.160-163.
4. Miller A., Ruzicka Th.: Differentialdiagnose des Ulcus cruris. Hautarzt, 52, 7, 2001, s.593-603.
5. Benbow M., Burg G., Camacho Martinez F., Erikson E. et al.: Guidelines for the outpatient treatment of chronic wounds and burns. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, 1999, s. 168.
6. Pospíšilová A.: Nejnovější trendy místní léčby bércevého vředu. Trendy v medicíne 4., 2000, s. 11-15.
7. Pospíšilová A., Švestková S.: Hojení chronických ran. Institut dalšího vzdělávání pracovníků Brno, 2001, s.72.
8. Bureš I.: Moderní obvazové materiály a jejich použití. Sestra 1, 1998, s. 2-6.
9. Pospíšilová A.: Léčba ulcerací dolních končetin kultivovanými epidermálními štěpy. Prakt.flebol. 4, 1995, s. 8-11.
10. Pospíšilová A., Rulcová J., Haklová L.: Klinické zkušenosti s Actisorbem Plus v léčbě bércevéch vředů. Prakt. flebol.,1, 1991, s.79-81.