



EWA MARCHEL¹, IRENA SAMSON²

¹Usługi pielęgniarstwa – opieka długoterminowa, Gdańsk

²Komisja ds. Leczenia Ran, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Gdańsk

OPIS PRZYPADKU

CHORY Z OWRZODZENIEM TĘTNICZO-ŻYLNYM W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ – OPIS PRZYPADKU

Patient with arterio-venous ulceration in long-term nursing care – case report

STRESZCZENIE

Skuteczne leczenie rany przewlekłej jest ogromnym wyzwaniem dla osób zajmujących się procesem gojenia. Etiologia zaburzeń jest zwykle wieloczynnikowa i wynika z nakładających się nieprawidłowości ogólnoustrojowych oraz miejscowych. Ważną rolę odgrywają aplikowane miejscowo opatrunki specjalistyczne oraz preparaty antyseptyczne. U opisanego chorego podjęto działania leczniczo-pielęgnacyjne, których celem było oczyszczenie łożyska rany, poprawa ogólnych i miejscowych warunków gojenia, zmniejszenie powierzchni rany i jej całkowite wygojenie oraz poprawa komfortu chorego (np. zmniejszenie dolegliwości bólowych). Podjęte działania przyczyniły się do zmniejszenia powierzchni owrzodzeń i ich wygojenia.

SŁOWA KLUCZOWE

rana przewlekła, proces gojenia, opieka pielęgniarstwa

ABSTRACT

Effective treatment of a chronic wound is a great challenge to many specialists or even whole teams of those who provide complex management of healing wounds. The aetiology of such disturbances is usually multifactorial and results from overlapping systemic and local abnormalities. Locally applied specialist dressings and antiseptic preparations play important roles in this treatment. In all the cases, therapeutic and nursing activities were aimed at the cleaning of the wound bed, optimization of the systemic and local conditions of healing, reduction of the wound area, its complete healing, and improvement of the patient's comfort (e.g. alleviating wound-associated pain). These activities were reflected by the reduced area of wounds and their healing.

KEY WORDS

chronic wound, wound healing, nursing care

ADRES DO KORESPONDENCJI

Irena Samson, Komisja ds. Leczenia Ran, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Wyczółkowskiego 17A, 80-147 Gdańsk, e-mail: i-opieka@wp.pl

WSTĘP

Do najczęściej występujących owrzodzeń kończyn dolnych zalicza się owrzodzenia żyłne (70–80%), następnie owrzodzenia tętnicze (10–15%), owrzodzenia tętniczo-żyłne, tzw. mieszane, (13–15%) oraz zespół stopy cukrzycowej [1, 2]. Ponadto wyróżnia się owrzodzenia pourazowe, nowotworowe, owrzodzenia powstałe w przebiegu zakażenia skóry, dermatoz i owrzodzenia kończyn powstałe na podłożu innych chorób, np. reumatoidalnego zapalenia stawów, zespołu antyfosfolipidowego [3].

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ) jest pierwszą co do częstości występowania przyczyną ran zlokalizo-

wanych w obrębie kończyn dolnych. W przebiegu zaburzeń w odpływie krwi żyłnej dochodzi do nadciśnienia żylnego, czego konsekwencją może być rozwój rany przewlekłej. Wyróżnia się postać wrodzoną, pierwotną i wtórną PNŻ. Wrodzona niewydolność żylna występuje w przypadku braku żył (aplazja), ich niedorozwoju (hipoplazja) lub nieprawidłowego rozwoju (angiodysplazja), natomiast postać wtórna PNŻ najczęściej rozwija się po przebytych zakrzepowym zapaleniu żył [4]. Wielu autorów podaje, że jest to częsta przyczyna rozwoju owrzodzenia żylnego [4, 5].

Drugą przyczyną ran zlokalizowanych w obrębie kończyn dolnych jest miażdżyca tętnic kończyn dol-

nych. Zmiany w naczyniach tętnicznych najczęściej występują u osób po 55. roku życia. U 20% pacjentów stwierdza się bezobjawowe zwężenia tętnic, w przypadku których zachorowalność wzrasta w siódmej dekadzie życia (15–20%). Do chorób współistniejących najczęściej zalicza się nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, nietolerancję glukozy lub cukrzycę oraz niewydolność tętnic mózgowych [6].

Owrzodzenia tętniczo-żylne, tzw. mieszane, powstają w przypadku nakładania się objawów dwóch chorób – miażdżycy tętnic kończyn dolnych i przewlekłej niewydolności żylnych. Z powodu jednocześnie występujących patologii w krążeniu tętniczym i żylnym w zaawansowanej postaci jednej z chorób może rozwinąć się owrzodzenie. Owrzodzenia mieszane nie wykazują tendencji do gojenia lub jest ona bardzo słaba [3]. Postępujący proces niedokrwienia może całkowicie zaburzyć gojenie, prowadzić do powiększania się powierzchni owrzodzeń i powodować pogłębianie się martwicy. Owrzodzenia o etiologii tętniczo-żylnych powodują najczęściej silne dolegliwości bólowe. Proces gojenia rany, jeżeli w ogóle zostanie zainicjowany, jest skomplikowany i długotrwały. Należy mieć na uwadze przede wszystkim cukrzycę. Uszkodzenie układu naczyń włosowatych może powodować postępujące upośledzenie trofiki tkanki skórnej i utrudniać gojenie rany [7].

Standardem postępowania miejscowego w owrzodzeniach według Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran i Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran jest strategia TIME polegająca na systematycznym usuwaniu martwicy, kontroli zakażeń, regulacji poziomu wilgotności i poprawie procesu naskórkowania od brzegu rany [8].

Wiele obserwowanych obecnie owrzodzeń w domowej opiece długoterminowej ma etiologię mieszaną. Większość chorych obejmowanych pielęgniarstwą opieką domową (POD) stanowią osoby powyżej 80. roku życia, z wieloletnią historią niezdiagnozowanego owrzodzenia. Bardzo często są to pacjenci niewychodzący z domu, pozostający pod opieką rodziny lub samotni. Z uwagi na ograniczone możliwości w warunkach POD, m.in. w zakresie wykonania specjalistycznych badań diagnostycznych (pomiar wskaźnika kostka-ramię, badanie ultrasonograficzne), działania ukierunkowane są na dokładny wywiad, badanie fizykalne układu naczyniowego, a także właściwe postępowanie miejscowe z raną.

OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna 89-letni został objęty kolejny raz opieką pielęgniarstwą długoterminową (OPD) z powodu nie-

gojących się owrzodzeń kończyny dolnej. Pacjent po przebytej hospitalizacji, w czasie której zdiagnozowano miażdżycę tętnic kończyn dolnych, zespół pozakrzepowy kończyny dolnej prawej, cukrzycę typu 2 (cukrzyca wyrównana), nadciśnienie tętnicze. Do tej pory chory przebywał pod opieką lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej.

Dane z wywiadu dotyczące ogólnego stanu zdrowia:

- pogarszająca się ogólna kondycja chorego, na którą wpływają m.in. wiek i wielochorobowość, w ostatnich miesiącach kilkakrotny pobyt w szpitalu,
 - ograniczona ruchomość – chory większość czasu spędza w łóżku, po mieszkaniu porusza się przy pomocy chodzika, samodzielnie spożywa pokarmy, ale w wielu czynnościach wymaga pomocy innej osoby, pacjentem opiekuje się żona,
 - dolegliwości bólowe obu kończyn dolnych na poziomie 3 punktów w skali VAS (*Visual Analogue Scale*),
 - intensywne leczenie z powodu anemii od wielu lat,
 - ocena w skali Barthel – 25 punktów.
- Dane dotyczące historii owrzodzeń:
- owrzodzenia powstały ok. 10 lat temu,
 - rany o charakterze nawrotowym, mieszanym (tętniczo-żylnym),
 - pierwsze owrzodzenie powstało 25 lat wcześniej, z wywiadu wynika, że powierzchnia rany była mniejsza i szybko nastąpiło wygojenie,
 - dotychczasowe leczenie i zalecenia: moczenie kończyn w mydlinach, maści ze srebrem, opatrunki ze srebrem.

Na kończynie dolnej prawej stwierdzono ranę o długości ok. 20–25 cm. Łóżysko wypełnione w większości ziarniną, pozostałą powierzchnię stanowiły punktowo rozłożone skupiska włókniaka. Rana wydzielala dużą ilość wysięku koloru żółtego o lepkiej konsystencji, bez zapachu. Brzegi rany podminowane i wydęte na zewnątrz. Skóra na kończynie znacznie wysuszona, ścieńczała, zmieniona troficznie (ryc. 1).

POSTĘPOWANIE LECZNICZO-PIELĘGNACYJNE

W celu dokonania oceny stanu klinicznego rany oczyszczono łożysko owrzodzenia z tkanek martwych i pozostałości wysięku. Na ranę zastosowano środek antyseptyczny (Octenisept), skórę wokół owrzodzenia oczyszczono z resztek zrogowaciałego naskórka z użyciem lawaseptyku (Natrium Chloratum 0,9%). W celu upłynnienia martwicy punktowo zastosowano Gra-



RYC. 1. Rana na kończynie dolnej prawej w pierwszym dniu terapii

nugel. Z uwagi na dużą ilość wysięku i kliniczne cechy zakażenia rany zastosowano opatrunek specjalistyczny Aquacel Ag+ Extra, a także opatrunki chłonne Vliwazell i Zetuvit.

Zmiana opatrunku odbywała się 2–3 razy w tygodniu w zależności od ilości wysięku oraz utrzymania opatrunku. Powierzchnia rany każdorazowo była oczyszczana z pozostałości wysięku, upłynniającej się martwicy i ciał obcych, takich jak np. włosy czy nitki. Zwrócono również uwagę na higienę i pielęgnację skóry wokół owrzodzenia z zachowaniem wszelkich zasad aseptyki i antyseptyki. W pierwszych dniach terapii na podstawie rozmowy z żoną pacjenta ustalono potrzebę przeprowadzenia edukacji rodziny chorego.

Przeprowadzono edukację w zakresie:

- opieki nad raną przewlekłą, zasad zmian opatrunków specjalistycznych (w jaki sposób i kiedy należy zmienić opatrunek),
- stosowania diety zawierającej makro- i mikroelementy, witaminy, białko, argininę,
- wykonywania ćwiczeń usprawniających mięśnie łydki i zwiększających ruchomość stawu skokowego.

W miarę postępu procesu gojenia rana wymagała coraz rzadszych interwencji. Chory pozostawał pod opieką bardzo troskliwej rodziny i dodatkowo pielęgniarki opieki długoterminowej. W kolejnych miesiącach terapii stan rany systematycznie się poprawiał.



RYC. 2. Rana zabezpieczona opatrunkami specjalistycznymi

W zależności od możliwości finansowych rodziny wprowadzono okresowo opatrunki Aquacel Foam Ag+ (ryc. 2).

W związku z systematyczną poprawą i gojeniem rany nie zmieniano protokołu postępowania (ryc. 3A, B).

W kolejnych miesiącach terapii w związku z poprawą stanu klinicznego rany i brakiem ognisk z włóknikiem wycofano się ze stosowania Granugelu, utrzymano opatrunek Aquacel Ag+ Extra oraz opatrunek chłonny (ryc. 4).



RYC. 3. Rana w fazie oczyszczania



RYC. 4. Rana w fazie ziarninowania



RYC. 5. Postęp gojenia rany



RYC. 6. Rana zagojona

W kolejnych miesiącach ogólny stan pacjenta ulegał pogorszeniu (hospitalizacja z powodu anemizacji). Mężczyzna był słabszy i wychudzony, natomiast stan kliniczny owrzodzenia bardzo powoli, ale systematycznie się poprawiał (ryc. 5).

UZYSKANY EFEKT

Po przeszło półtorarocznej terapii rana się wygoiła (ryc. 6). Opiekunom zalecono natłuszczenie skóry oraz ochronę kończyny przed urazami. Rodzina chorego stosowała się do wszelkich zaleceń – wzbogaciła dietę o suplementy diety, zastosowała reżim dietetyczny, pacjent w miarę swoich możliwości wykonywał ćwiczenia poprawiające ukrwienie w kończynach dolnych.

W takich sytuacjach ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony rodziny i jej zaangażowanie w leczenie. Rodzina, pielęgnując chorego w domu zgodnie z zaleceniami, szczególną uwagę przywiązywała do pielęgnacji rany i skóry wokół owrzodzenia. W celu uniknięcia alergizacji skóry, na którą chory był podatny, używano do mycia mydła hipoalergicznego. Do kondycjonowania wysuszonego naskórka stosowano oliwkę i ciekłą parafinę, wspomagając regenerację i zwiększając poziom nawilżenia.

OMÓWIENIE

W pracy przedstawiono opis przypadku 89-letniego chorego z raną o etiologii mieszanej. Owrzodzenia tętniczo-żylnie nie należą do rzadkości, zwłaszcza u osób starszych, u których wzrasta ryzyko rozwoju miażdży-

cy tętnic kończyn dolnych i PNŻ [9]. Oprócz czynników sprawczych proces gojenia rany jest dodatkowo utrudniony m.in. z powodu chorób współwystępujących, takich jak cukrzyca, a także ograniczonej aktywności fizycznej. W opisywanym przypadku owrzodzenie miało charakter nawrotowy, chory zgłaszał wielokrotne nawroty od 10 lat. Z doniesień w literaturze wynika, że nawroty występują u 30–70% chorych z PNŻ [10, 11].

Przedstawiony chory był objęty OPD. Z uwagi na ograniczone możliwości wykonywania badań diagnostycznych opieka ta jest skoncentrowana na zebraniu dokładnego wywiadu z chorym i jego rodziną, wykonaniu badań fizykalnych, wnikliwej analizie wiedzy chorego i jego rodziny na temat choroby, a także na zgodnym ze standardami postępowaniu miejscowym z raną. Strategia postępowania TIME opiera się na najnowszej wiedzy o leczeniu ran przewlekłych i obejmuje następujące elementy: opracowanie tkanek (*tissue debridement* – T), kontrolę infekcji (*infection control* – I), wyrównanie wilgoci (*moisture balance* – M), pobudzenie naskórkowania (*epidermization stimulation* – E). Pierwszym krokiem postępowania jest opracowanie tkanek polegające na regularnym wykonywaniu zabiegów związanych z oczyszczaniem łożyska rany, zmniejszeniem i usuwaniem wysięku. Z doniesień w piśmiennictwie wynika, że niedokładne oczyszczenie łożyska może spowodować wydłużenie się procesu zapalenia, a nawet powiększenie powierzchni owrzodzenia [8, 12].

W analizowanym przypadku wykonywane działania przyczyniły się do zmniejszania przylegania nekrotycz-

nej tkanki, zmiany koloru łożyska rany, zmniejszenia ilości wysięku i redukcji dolegliwości bólowych. W ramach drugiego elementu strategii TIME, czyli kontroli infekcji i zapalenia, rana każdorazowo była oceniana pod kątem cech zakażenia. Do czasu występowania na powierzchni zlepow martwicy aplikowano preparat antyseptyczny, a na skórę wokół owrzodzenia lawaseptyk, natomiast w późniejszym czasie wyłącznie lawaseptyk.

Kolejnym krokiem zgodnie ze strategią TIME jest zagwarantowanie wilgotności w ranie. W przedstawionym przypadku owrzodzenie w początkowym etapie było silnie wydzielające, a łożysko rany pokryte częściowo tkanką martwiczą. Na tej podstawie wdrożono działania miejscowe zgodne z obowiązującymi zaleceniami, polegające na nałożeniu opatrunku o dużych właściwościach chłonnych i przeciwdrobnoustrojowych. W zależności od stanu klinicznego rany i ilości wysięku stosowano odpowiednio dobrane opatrunki specjalistyczne. Ostatnim elementem strategii TIME jest opracowanie brzegów rany, przy czym istotne znaczenie ma mobilizacja naskórka do migracji. W opisanym przypadku rana i brzegi rany były systematycznie opracowywane, a w celu zmiękczenia i poprawy kondycji skóry stosowano preparaty nawilżające i polepszające jej stan [2].

PODSUMOWANIE

W analizowanym przypadku owrzodzenie o etiologii mieszanej było czynne przez 10 lat. Nawrotowy charakter rany, a także podeszły wiek i mała aktywność chorego dodatkowo utrudniały proces gojenia. Wdrożone działania leczniczo-pielęgnacyjne, zgodne z najnowszymi standardami, wpłynęły na prawidłowy przebieg procesu gojenia rany i doprowadziły do całkowitego wygojenia owrzodzenia.

OŚWIADCZENIE

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Coleridge Smith PD. Epidemiologia – zasięg problemu. W: Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie. Negus D, Coleridge Smith PD, Bergan JJ. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006; 23-33.
2. Szewczyk MT, Jawień A, Andruszkiewicz A i wsp. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2007; 3: 95-138.
3. Mościcka P, Szewczyk MT, Fórmankiewicz B i wsp. Owrodzenia kończyn dolnych o etiologii tętniczej, mieszanej i innej. W: Leczenie ran przewlekłych. Szewczyk MT, Jawień A (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2019; 89-107.
4. Matthias M, Machin SJ. Zakrzepica żylna – etiologia, fizjopatologia, diagnostyka, zapobieganie i leczenie. W: Owrodzenia

5. podudzi – diagnostyka i leczenie. Negus D, Coleridge Smith PD, Bergan JJ. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006; 56-68.
6. Górka A, Cierzniańska K. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą zakrzepowo-zatorową i zatorem tętnicy płucnej. W: *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Szewczyk MT, Jawień A (red.). Termedia, Poznań 2010; 126-150.
7. Negus D, Coleridge Smith PD. Diagnostyka różnicowa owrodzeń podudzi. W: *Owrodzenia podudzi – diagnostyka i leczenie*. Negus D, Coleridge Smith PD, Bergan JJ. Alfa Medica Press, Bielsko-Biała 2006; 90-105.
8. Szewczyk MT, Sinkiewicz A, Jawień A i wsp. Mieszane, tętniczo-żylnie owrodzenie kończyny dolnej. *Leczenie Ran* 2011; 8: 29-33.
9. Szewczyk MT, Gospodarek E, Mościcka P i wsp. Zakażenia ran przewlekłych – poważny problem medyczny. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015; 4: 187-192.
10. Ciecierski M, Szewczyk MT. Diagnostyka owrodzeń żylnych. W: *Owrodzenia żylnie goleni*. Jawień A, Szewczyk MT (red.). Wydawnictwo Twoje Zdrowie, Warszawa 2005: 69-73.
11. Kapp S, Sayers V. Preventing venous leg ulcer recurrence: a review. *Wound Practice and Research* 2008; 2; 2:38-47.
12. Kunimoto B. Management and prevention of Venous leg Ulcers: A Literature- Guided Approach. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47: 36-49.
13. Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Szewczyk MT. Wybrane metody leczenia ran przewlekłych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2019; 1: 1-11.