

Soňa Brabcová

Péče o rány

pro sestry a ostatní
nelékařské profese





Soňa Brabcová

Péče o rány

pro sestry a ostatní
nelékařské profese

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Ing. Bc. Soňa Brabcová

PÉČE O RÁNY **pro sestry a ostatní nelékařské profese**

Recenze: Mgr. Šárka Kuželová

© Grada Publishing, a.s., 2021

Cover Photo © depositphotos.com 2021

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 8298. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 184

1. vydání, Praha 2021

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-4630-7 (ePub)

ISBN 978-80-271-4629-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-3133-4 (print)

Předmluva	9
Úvod	10
1 Anatomie a fyziologie kůže	11
1.1 Funkce kůže	11
1.2 Stavba kůže	12
1.2.1 Pokožka	12
1.2.2 Škára	13
1.2.3 Podkoží	13
1.2.4 Kožní deriváty	13
1.3 Barva lidské kůže	14
2 Kožní rána	16
2.1 Třídění a typy ran	16
2.2 Etiologie ran	17
2.3 Akutní rány	18
2.4 Chronické rány	18
2.5 Prevence vzniku chronické rány	20
3 Hodnocení pacienta s chronickou ránou	21
3.1 Dokumentace nehojící se rány	23
4 Hojení ran	24
4.1 Historie hojení ran	24
4.2 Moderní léčba – vlhké hojení ran	25
4.3 Faktory hojení ran	26
4.4 Fáze hojení ran	26
4.5 Fáze hojení ran – obecně	27
4.5.1 Fáze hojení ran – akutní rány	28
4.5.2 Fáze hojení ran – chronické rány	29
4.6 Význam exsudátu	29
4.7 Typy léčby ran	32
4.7.1 Klasická terapie	32
4.7.2 Vlhká terapie	33
4.7.3 HydroTerapie	34
4.7.4 Kompresivní terapie	34
4.7.5 Podtlaková terapie	35
4.7.6 Débridement	36
4.7.7 Moderní technologie k podpoře hojení ran	43
4.8 Podmínky správného postupu při převazech	45
4.9 Příprava spodiny rány	47
4.9.1 Příprava spodiny rány podle modelu TIME	47
4.9.2 Bakteriální biofilm	48
4.10 Infekce v ráně	51
4.10.1 Přítomnost bakterií v ráně	52

4.10.2	Klinické projevy infekce v ráně	53
4.10.3	Léčba infikované rány	54
4.11	Léčebné algoritmy – doporučené postupy	55
4.11.1	Kontinuum hojení rány	57
4.11.2	Rána nekrotická	58
4.11.3	Rána povleklá	59
4.11.4	Rána infikovaná	59
4.11.5	Rána granulující	60
4.11.6	Rána epitelizující	60
5	Obvazový a krycí materiál	63
5.1	Terapeutická krytí na rány	63
5.1.1	Gázová krytí	65
5.1.2	Hydrogelová krytí	66
5.1.3	Antiseptická krytí	68
5.1.4	Algináty	70
5.1.5	Hydrokoloidy	71
5.1.6	Hydropolymerová a polyuretanová pěnová krytí	75
5.1.7	Neadherentní obvazy	79
5.1.8	Filmová krytí	82
5.1.9	Hydroaktivní krytí a alginogely	85
5.1.10	Absorpční krytí	86
5.1.11	Polyakrylátová okluzivní krytí	87
5.1.12	Bioaktivní krytí	88
5.1.13	Biokeramická krytí	90
5.1.14	Krytí do kavit	91
5.1.15	Krytí na hypertrofické jizvy	92
5.1.16	Prostředky na rány obsahující hyaluronovou kyselinu	93
5.2	Kam a který materiál použít	94
6	Oplachové roztoky, roztoky do ran	98
6.1	Roztoky vhodné pro aplikaci do rány	98
6.2	Oplachové prostředky s antimikrobiálním účinkem	98
6.3	Roztoky méně vhodné	100
6.4	Roztoky nevhodné pro aplikaci do rány	101
7	Krémy, masti a čisticí prostředky na kůži	102
8	Chronické rány obecně	103
8.1	Bércové vředy	103
8.1.1	Bércové ulcerace při chronické žilní nedostatečnosti	104
8.1.2	Arteriální bércové ulcerace	105
8.2	Diabetická noha	105
8.3	Nádory s vředovitým rozpadem – maligní rány	107
8.4	Komplikovaně se hojící operační rány	108
8.5	Proleženiny – dekubity	110
9	Dekubity	112
9.1	Definice dekubitů	112

9.1.1	Definice podle ÚZIS, NCO NZO, ČSLR, ČAS, POUZP, AVVNZP, SVVS	112
9.1.2	Definice podle EPUAP	113
9.1.3	Definice podle NPUAP/NPIAP	113
9.1.4	Další společnosti zabývající se léčbou tlakových ran	113
9.2	Etiopatogeneze dekubitů	114
9.3	Klasifikační systémy dekubitů	115
9.3.1	Historie klasifikace dekubitů	115
9.3.2	Klasifikace podle Torrance	115
9.3.3	Seilerova klasifikace	116
9.3.4	Klasifikace podle Daniela	116
9.3.5	Klasifikace podle Válka	116
9.3.6	Mezinárodní klasifikační systém podle EPUAP, NPUAP a PPIIA	117
9.4	Stupně dekubitů	118
9.4.1	První stupeň	118
9.4.2	Druhý stupeň	119
9.4.3	Třetí stupeň	120
9.4.4	Čtvrtý stupeň	121
9.4.5	Neklasifikovatelný dekubitus podle NPUAP, EPUAP	122
9.4.6	Suspektní hluboké postižení tkání podle NPUAP, EPUAP, PPIIA	122
9.4.7	Zvláštní druhy dekubitů	122
9.5	Přehled používaných hodnoticích škál	126
9.5.1	Škála podle Bradenové	126
9.5.2	Škála podle Waterlowové	128
9.5.3	Škála podle Nortonové	130
9.5.4	Škála podle Knolla	131
9.5.5	Srovnání hodnoticích škál	131
9.6	Predilekční místa pro vznik dekubitů	132
9.7	Rizikové faktory pro vznik dekubitů	134
9.8	Dekubitus a infekce	136
9.9	Prevence vzniku dekubitů	137
9.9.1	Hodnocení rizika vzniku dekubitů	140
9.9.2	Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů	141
9.9.3	Polohování	143
9.9.4	Obtížné vyprazdňování stolice – zácpa	147
9.10	Léčba dekubitů	148
10	Inkontinenční dermatitida a dekubitus	151
11	Výživa nemocných	153
11.1	Nutriční monitorování (analýza stavu výživy)	153
11.2	Standardní složky výživy	154
11.3	Speciální výživa – nutriční doplňky	155
11.4	Specifika výživy u starších osob	156
11.5	Úprava výživy při dalších zdravotních komplikacích	157

12	Vzdělávací aktivity sester v hojení ran	158
12.1	Edukační proces v ošetrovatelství	158
13	Portál dekubitů MZ ČR	160
14	Resortní bezpečnostní cíle	162
15	Interní audit a indikátory kvality	166
15.1	Interní nebo externí audit	166
15.1.1	Interní audit	166
15.1.2	Externí audit	167
15.1.3	Kontrolní kritéria auditu	167
15.2	Indikátory kvality	170
Závěr		171
Seznam zkratk		172
Literatura		173
Rejstřík		177

Předmluva

Péče o rány – pro sestry a ostatní nelékařské profese – jak již název napovídá, jedná se o publikaci, která má přinést ucelené informace pro sestry „ranhojičky“ o ranách jako takových a hlavně o současných doporučených postupech v oblasti prevence, léčby a péče vztahujících se k hojení chronických ran. A nejen to – erudovaná sestra pečující o pacienty s nehojící se ránou, ale i sestra, která se na „dráhu ranhojičství“ teprve připravuje, musí mít povědomí o metodice prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů, resortních bezpečnostních cílech a v neposlední řadě o požadavcích pro zavedení interního systému hodnocení kvality. Proto ani tyto kapitoly v publikaci nechybí. Metody hojení chronických ran se během několika posledních let zcela změnily. Farmaceutické firmy přinášejí na trh nesčetně nových materiálů umožňujících velmi efektivní a pohodlnou péči o rány. Většina ran se může dobře zahojit za předpokladu, že víme, o jaký typ rány jde, jak s ní zacházet a jak ji ošetřovat. Pro úspěšnou léčbu a zkrácení doby hojení je nezbytné, aby sestry znaly jednotlivé fáze hojení, aby uměly ránu zhodnotit, naplánovat postup léčby a následně ji ošetřit vhodným materiálem. Jelikož existuje na trhu velké množství materiálů k hojení, může být někdy problematické vybrat vhodný typ krytí. Znalost procesu hojení a faktorů ovlivňujících průběh hojení je jednou ze základních podmínek pro stanovení správného terapeutického postupu léčení jakékoli chronické rány. Výběrem vhodného materiálu lze tedy pozitivně působit na celkovou délku léčby, snížit počet převazů, a ovlivnit tak i celkové náklady na léčbu ran. V současné době máme „otevřené dveře“ pro volbu jednotlivých zdravotnických prostředků. Je tedy na nás, abychom zajistili a zprostředkovali co nejlepší léčbu a komfort v ošetrovatelské péči. Touto publikací bych ráda přispěla k lepší orientaci v rozsáhlé problematice ošetřování a léčby chronických nehojících se ran.

autorka

Úvod

Chronická rána je závažným ošetrovatelským problémem, se kterým se v průběhu praxe setká snad každý zdravotník. Podle statistik postihuje asi 7 % populace a vzhledem k prodlužující se délce života a stále se zvyšující prevalenci tzv. civilizačních nemocí, které jsou mnohdy pokládány za primární příčinu vzniku chronické rány, se dá předpokládat, že se s chronickou ránou budeme setkávat stále častěji.

Problematika chronických ran je v současné době téma velmi aktuální. Objevují se nové poznatky o hojení ran, do praxe jsou zaváděny nové technologie léčby ran, farmaceutické firmy uvádějí na trh další a nové druhy terapeutických materiálů k lokálnímu ošetřování ran. Za racionální postup v terapii chronických ran se považuje metoda vlhkého hojení, která respektuje fyziologické pochody probíhající v ráně.

Ošetřování chronických ran již není chápáno pouze jako lokální záležitost, ale využívá se komplexní náhled a holistický přístup k nemocnému. Péče se stává multioborovou záležitostí, jež vyžaduje spolupráci lékařů a sester nejrůznějších oborů.

Dekubity, které řadíme k chronickým ranám, patří mezi poměrně těžké a život ohrožující komplikace postihující zejména pacienty se sníženou pohyblivostí. Vzhledem k jejich následkům a komplikacím, které mohou být velmi závažné, je v ošetrovatelské péči apelováno především na jejich prevenci. Včasná identifikace pacientů v riziku vzniku dekubitů je jedním ze základních preventivních kroků a je nedílnou součástí standardizovaných postupů ošetrovatelské péče. Z toho důvodu je v této publikaci otázce dekubitů věnována podstatná část.

Pacienti postižení dekubitální lézí (dekubitem) prožívají emocionální i fyzické obtíže. Trpí bolestmi, nepohodou, sníženou kvalitou života a často u nich dochází k prodloužení hospitalizace. Nejen v oblasti prevence, ale také v terapii dekubitů sehrává zásadní úlohu dobře organizovaná a vysoce profesionální ošetrovatelská péče, přičemž incidence tlakových lézí (dekubitů) ve zdravotnických zařízeních do jisté míry vypovídá o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče.

Sestra se stává důležitou členkou multidisciplinárního týmu, který o pacienty s chronickou ránou pečuje. Přesto však není dosud jednoznačně stanoveno, v jakém rozsahu může sestra do hojení ran zasahovat.

Právě otázka vymezení kompetencí mezi členy multidisciplinárního týmu je téma, které je v současné době hojně diskutované. Řada sester usiluje o zvýšení pravomocí při lokálním ošetřování ran a možnost pracovat samostatně. Mají však dostatek teoretických znalostí o chronických ranách, o procesu hojení a faktorech ovlivňujících hojení? Znalí druhy a účinek terapeutických obvazů, jsou seznámeny s novými technologiemi, které se při léčbě používají? Mají možnost využít své znalosti při ošetřování chronických ran? Mají zájem a možnost se dále vzdělávat a získávat nové informace? Vyřčené otázky ponechám k vašemu zamyšlení...

1 Anatomie a fyziologie kůže

Největším orgánem lidského těla je bezesporu kůže, která zaujímá plochu přibližně 2 metry čtvereční (1,6–1,8 m²). Váha činí 4,5 kg, což je asi 7 % celkové tělesné hmotnosti. Na lidskou hlavu a krk připadá u běžného zdravého člověka přibližně 11 % kůže, na trup 30 %, na horní končetiny 23 % a na dolní končetiny asi 36 % celého povrchu kůže. Síla (tloušťka) lidské kůže se mění od 0,4 do 4 mm (záda). Nejtenčí kůže člověka je na očních víčkách, uchu, penisu a také na vlasové části hlavy. Naopak nejsilnější kůže je na zádech a chodidlech.

Kůže plní celou řadu nezbytných funkcí, bez nichž by lidské tělo nemohlo pracovat. Vytváří bariéru mezi vnitřním prostředím organismu a jeho okolím. Znamená to, že lidské tělo odděluje od vnějších faktorů, ale zároveň zprostředkovává kontakt mezi okolím lidského těla a jeho vnitřním prostředím. Bez přenosu těchto informací by tělo nemohlo fungovat.

1.1 Funkce kůže

Kůže plní řadu důležitých funkcí: ochrannou, termoregulační, senzitivní, skladovací, vylučovací, resorpční, percepční.

Ochranná funkce

Ochranná funkce představuje mechanickou ochranu těla. V kůži jsou uloženy různé typy receptorů, které se podílejí na udržování teploty. V podkožním vazivu se nachází zásobní tuk a vitaminy. Podkožní vazivo izoluje a chrání svaly a nervy. Ochranná funkce kůže minimalizuje škodlivé účinky mechanických, chemických, tepelných, světelných a osmotických vlivů prostředí. Podkožní tukový polštář zachycuje účinky tupých sil, rozděluje a zmírňuje je, čímž se podílí na mechanické ochraně kůže a je zároveň výbornou tepelnou izolací. Chrání tělo před fyzikálním působením, zejména tlakům a tahům. Kůže je k tomu vybavena pevností, pružností a tažností. Neporušený povrch kůže chrání organismus proti mikroorganismům.

Termoregulační funkce

Termoregulační funkce kůže usměrňuje a reguluje výměnu tepla mezi organismem a zevním prostředím. Tvoří tepelnou izolaci. Odvádí přebytečné teplo sekrecí potu.

Senzitivní funkce

Kůže je receptorový orgán. V kůži se nachází obrovský počet receptorů, které umožňují nepřetržitou komunikaci se zevním prostředím. Jsou to receptory dotykové, tlakové, termoreceptory a receptory pro bolest (pro tah a vibraci Vaterova-Paciniho tělíška; pro chlad Krauseova tělíška; pro teplo Ruffiniho tělíška; pro hmat Meissnerova tělíška; pro bolest volná nervová zakončení).

Skladovací funkce

V kůži se skladují tuky, voda, minerály a vitaminy. Působením slunečního záření produkuje kůže vitamín D. V kůži se nacházejí i další vitaminy rozpustné v tucích, tj. A, E, K.

Vylučovací funkce

Uskutečňuje se potními a mazovými žlázami, které vylučují vodu, soli, tuky, oxid uhličitý a dusíkaté látky. Pot omezuje růst mikroorganismů, protože má kyselou reakci.

Resorpční funkce

Kůže nepropouští zejména vodu a všechny látky ve vodě rozpustné. Propouští látky rozpustné v tucích a dýchací plyny.

Percepční funkce

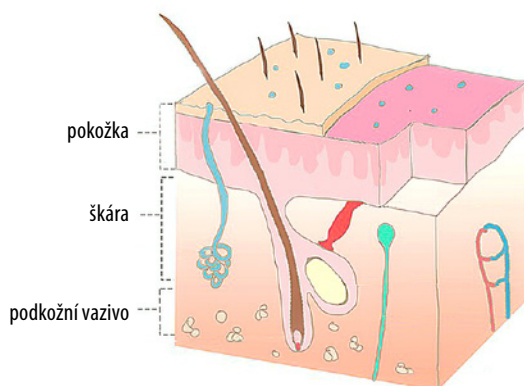
Přijímá informace z vnějšího prostředí.

1.2 Stavba kůže

Kůže se skládá ze tří vrstev: pokožky, škáry, podkožního tukového vaziva (obr. 1.1) a z přídatných orgánů, někdy označovaných jako kožní deriváty či adnexa: vlasy, chlupy, nehty a žlázy (mazové, potní, pachové, mléčné).

1.2.1 Pokožka

Pokožka (*epidermis*) je tvořena mnoha vrstvami buněk dlaždicového epitelu. Horní vrstvy kůže neustále rohovatí, odumírají a odlupují se. Je to způsobeno tím, že buňky v horních vrstvách pokožky se postupně více a více vzdalují od zdroje krve a živin, takže pozvolna degenerují, naplňují se keratinem (rohovinou) a odumírají. Celá pokožka se obmění asi za 3 týdny. Za celý život se z člověka oloupe asi 18–22 kg mrtvých buněk kůže. Buňky ve spodních vrstvách kůže se neustále dělí a vytlačují starší buňky k povrchu. Součástí spodních vrstev pokožky je také pigmentové barvivo melanin, které chrání tělo před škodlivými účinky UV záření. Pokožka neobsahuje žádné kapiláry (vlásečnice) a většinu živin získává ze škáry. Její hlavní funkce je ochrana před zevním prostředím a prevence dehydratace.



Obr. 1.1 Stavba kůže (upraveno podle: Rokyta, R. a kol., 2000; dostupné na <http://publi.cz/books/280/01.html>)

1.2.2 Škára

Druhou vrstvou kůže je škára (*dermis*), pevná a pružná vazivová vrstva kůže, která je bohatě nervově a cévně zásobená, o síle 0,5–2,5 mm. Je tvořena sítí kolagenových a elastických vláken. Rozhoduje o pružnosti, mechanické odolnosti a pevnosti kůže. Je rozdělena na dvě vrstvy – papilární a síťovou. Nacházejí se zde žírné buňky, které obsahují heparin, histamin, makrofágy a lymfocyty. Uvedené složky škáry se podílejí na ochraně lidského organismu a také jsou nezbytné při hojení ran a pro reparační procesy. Na hranici pokožky a škáry se nacházejí škárové papily, ve kterých jsou kapilární sítě a nervová zakončení. Za účelem dosažení větší plochy, kterou do pokožky pronikají živiny, jsou papily silně zvlněné, a právě jim vděčí člověk za otisky prstů, jež zkoumá daktyloskopie. Poškozená dermis se obnovuje granulačním procesem. Povrchní poškození se vyhojí bez trvalých následků, hlubší poranění po vyhojení zanechává trvalé jizvy. Vzhled jizvy závisí na tvorbě a ukládání kolagenu do hojící se rány. Ztráta pružnosti škáry je přirozeným projevem stárnutí – kůže se uvolňuje a skládá do záhybů a vrásek.

Ve škáře jsou uložena nervová tělíska:

- Meissnerova – hmatová – čidla dotyku
- Krauseova – receptory chladu
- Ruffiniho – receptory tepla

Ve škáře nalezneme ještě další části, které mění vzhled a vlastnosti naší pokožky. Jsou tady kožní a mazové žlázy a také vlasové cibulky.

1.2.3 Podkoží

Podkoží (*subcutis* nebo *subcutanea*) je nejhlubší vrstva, která se skládá z vazivové tkáně. Je tvořeno kolagenními a elastickými vlákny, mezi nimiž jsou rozmístěny vazivové buňky. V různých místech obsahuje více či méně tukových buněk, jež slouží jako zásobárna energie a jsou v nich rozpouštěny vitaminy A, D, E a K. V kůži je podkožní tukové vazivo nejhlouběji uloženou vrstvou. Podkožní tukové vazivo umožňuje, aby se kůže posouvala. Podkoží tvoří izolační vrstvu, která chrání proti teplotním vlivům i mechanickému poškození. Organismus si v tukové tkáni uchovává přebytek energie. Počet tukových buněk v podkoží se nemění, ať už hubneme, nebo naopak přibíráme na váze. Buňky jsou schopné výrazně měnit svůj objem.

V podkožním vazivu jsou **Vaterova-Paciniho tělíska**, která jsou receptory tlaku, tahu a vibrace. **Ovlivňují vznik dekubitů.**

Funkcí podkožního vaziva je izolovat a chránit svaly a nervy. Podkožní tuková vrstva určuje tvar a hmotnost celého těla. U žen bývá tato vrstva silnější.

1.2.4 Kožní deriváty

Mezi kožní deriváty (přidatné kožní orgány) patří vlasy, chlupy, nehty a žlázy (potní, mazové, pachové, mléčné).

Vlasy a chlupy

Vyrůstají z vlasových (chlupových) váčků. Ve váčku je vlasová cibulka, ze které vlas vyrůstá. Vlas (chlup) se skládá z dřene, kůry a kutikuly. Každý vlas je spojen s malým svalem, který reaguje stahem na chlad nebo psychické podráždění a vztyčí volnou část vlasu („husí kůže“).

Nehty

Jsou tvrdá zakončení prstů, která slouží jako ochrana a prostředník přenosu tlaku na prsty s okolím. Umožňují okolní kůži lépe přenášet informace o dotýkaných věcech. Nehty se vyskytují na všech prstech na ruce i nohou. Rychlost růstu nehtů je na ruce v průměru 0,1 mm za den, na nohou 3 až 4× pomalejší. Celý nehet pak naroste za 6–12 měsíců (např. po stržení). Nehet obvykle dosahuje tloušťky 0,5–1 mm.

Žlázy

- **potní žlázy** – v kůži jsou nerovnoměrně rozloženy – nejvíce je jich v podpaží, na čele, na dlaních a ploskách nohou; pot obsahuje 98,5–99 % vody, 0,6 % NaCl a rozpuštěné organické látky (močovinu, mastné kyseliny, aminokyseliny aj.); množství vyloučeného potu závisí na teplotě prostředí a na tělesné námaze, kolísá od 0,5–10 l a více za 24 h; hlavním účelem potních žláz je produkce potu, která se podílí na termoregulaci
- **mazové žlázy** – nacházejí se všude, kde rostou vlasy a chlupy; nevyskytují se na dlaních a ploskách nohou; výměšek mazových žláz (kožní maz) dělá pokožku vláčnou a hebkou a chrání ji; chrání také vlasy a chlupy před vysycháním a lámáním
- **pachové – apokrinní žlázy** (sexuální) – začínají pracovat až v pubertě; nacházejí se v podpaží, v okolí konečníku a pohlavních orgánů; produkují specificky zapáchající výměšky
- **mléčná žláza** – největší kožní žláza v těle; je založena u obou pohlaví (embryonálně), u dívek se v pubertě vyvíjí pod vlivem ženských pohlavních hormonů; mléčná žláza je tvořena 15–20 paprscitě uspořádanými žlázovými laloky, obklopenými tukovým vazivem; z lalůček vycházejí úzké mlékovody, ty se sbíhají a ústí na prsní bradavce

1.3 Barva lidské kůže

Barvu kůže určují její barviva – hemoglobin, karoten a melanin:

- **hemoglobin** (bílá až růžová barva kůže) – je v kožních cévách, dodává růžový nádech
- **karoten** (žlutá až oranžová barva kůže, získáváme jej např. z mrkve) – oranžové barvivo, ukládá se v povrchové vrstvě zvané epidermis
- **melanin** (červenohnědá až černá barva kůže) – tvoří se ve specializovaných buňkách, melanocytech; u lidí s tmavou barvou kůže vytvářejí melanocyty více melaninu, který je tmavší než u lidí se světlou barvou kůže

Shrnutí

Kůže (krycí soustava) je orgánová soustava na povrchu lidského těla, která odděluje vnitřní prostředí organismu od vnějšího, tvoří vodotěsný obal kolem povrchu těla,

vylučuje odpadní látky z těla, zabraňuje vniknutí škodlivých látek a mikroorganismů do těla, chrání měkké tkáně, reguluje tělesnou teplotu a obsahuje také smyslové senzory (např. bolesti, tlaku, teploty, chladu). Během celého života se lidská kůže obnoví asi 1000×. Do soustavy patří **kůže** a **kožní deriváty** (vlasy, vousy, chlupy, nehty, kožní žlázy).

Kůže (*derma*) je svou plochou nejrozsáhlejší tělní povrch lidského těla, připadá na ni 16 % hmotnosti lidského těla. Skládá se ze 3 základních částí:

- **pokožka** (*epidermis*)
 - nejsvrchnější vrstva kůže, která je tvořena vrstevnatým epitelem z dlaždicových buněk, pod nimiž je bazální membrána s epitelovými buňkami; horní vrstvy rohovatější, odumírají a odlupují se
 - nové buňky vznikají dělením buněk (mitózou) ve vnitřních vrstvách; postupně se plní proteinem keratinem, dostávají se do svrchních vrstev, mění tvar a diferencují se
 - celá pokožka se obmění asi za 21 dnů, ta však neobsahuje žádné cévy a je vyživována ze škáry procesem volného rozptylování se částic v prostoru (difuze)
- **škára** (*dermis*)
 - střední vrstva kůže, která je tvořena sítí kolagenových vláken pojivové tkáně a škárovými papilami, ve kterých jsou kapilární sítě a nervová zakončení
 - je pružná a pevná, asi 2,5 mm silná; ztráta pružnosti škáry je přirozeným procesem stárnutí
 - kůže se uvolňuje a skládá do záhybů a vrásek
 - škára obsahuje také vlasové cibulky (folikuly), mazové žlázy, potní žlázy a krevní cévy; je vyživována cévami
- **podkožní vazivo** (*tela subcutanea*)
 - nejspodnější vrstva kůže (u žen bývá silnější)
 - izoluje a chrání svaly a nervy
 - určuje tvar a hmotnost celého těla
 - slouží jako zásobárna energie
 - obsahuje tukové buňky a v nich rozpustné vitaminy A, D, E a K

Barvu kůže určují její barviva:

- **hemoglobin** (bílá až růžová barva kůže)
- **karoten** (žlutá až oranžová barva kůže)
- **melanin** (červenohnědá až černá barva kůže)

2 Kožní rána

Rána je ztráta či porušení kožního krytu v důsledku fyzikálního, mechanického nebo termického poškození, popř. v důsledku patofyziologických poruch. Dále se jedná o jakékoli poškození anatomických či fyziologických funkcí tkáně.

Jednoduché kožní rány zasahují do pokožky, škáry a podkožního tuku. Komplikované rány naproti tomu pronikají hlouběji a poškozují důležité nervově-cévní svazky a orgány. Pokud rána proniká do tělní dutiny, označujeme ji jako penetrující, v opačném případě jako nepenetrující.

U každé rány určujeme a popisujeme její lokalizaci, velikost, hloubku, tvar, směr, okraje. Tyto informace mají mj. význam i pro sledování procesu hojení a volbu optimálního způsobu léčby.

2.1 Třídění a typy ran

Rány můžeme členit podle mnoha kritérií – průběhu, rozsahu, množství choroboplodných zárodků, způsobu hojení, etiologie, lokalizace (tab. 2.1). Výčet jednotlivých způsobů dělení ran a jejich kategorií není konečný.

Tab. 2.1 Typy ran

Podle průběhu	<i>akutní</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vznikají ve zdravé kožní tkáni ▪ hojí se obvykle v krátkém čase a bez komplikací
	<i>chronické</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ trvají déle než 4 týdny ▪ rány, které vznikají ve změněné tkáni a přes odpovídající léčbu nevykazují tendenci k hojení
Podle rozsahu	<i>zavřené</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poškození bez porušení integrity kůže
	<i>povrchové</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poškození pokožky
	<i>hluboké, otevřené</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poškození celé šíře až do podkoží
	<i>pronikající</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zasahují do tělních dutin
Podle množství choroboplodných zárodků	<i>aseptické</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bez zárodků – např. chirurgický řez
	<i>kontaminované</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ s přítomností zárodků, které však nemusejí vyvolat infekci (většina ran)
	<i>infikované</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ s přemnoženými mikroorganismy (např. rány kousnutím nebo zanedbané, zastaralé rány)
Podle způsobu hojení	<i>s primárním hojením</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ díky slepení (sešití) okrajů ran nevzniká nová pojivová tkáň
	<i>se sekundárním hojením</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rána se hojí novotvořenou tkání

K dalším logickým způsobům klasifikace patří např. dělení podle lokalizace rány (na hlavě, trupu, končetinách) nebo postižených struktur (kůže a podkoží, šlachy, klouby atd.).

2.2 Etiologie ran

Rány dělíme podle vnějších a vnitřních příčin (tab. 2.2, 2.3).

Tab. 2.2 *Vnější příčiny ran*

Vnější příčiny ran	
řezná	vzniká tlakem a tahem ostrého předmětu po kůži
sečná	vzniká dopadem ostrého předmětu na povrch těla
tržná	vzniká tahem za kůži, který způsobuje její prasknutí
kousnutím	vzniká působením tlakové síly skusu zvířete nebo člověka
bodná	vzniká proniknutím úzkého předmětu do hloubky těla
střelná	je způsobena projektilem nebo střepinou
zhmožděná	vzniká stlačením kůže mezi pevným předmětem a kostí
popálenina	vzniká působením nadměrného tepla
omrzlina	vzniká působením nadměrného chladu
poleptání	vzniká působením kyselin nebo louhů
rána z ozáření	vzniká působením radioaktivního záření

Tab. 2.3 *Vnitřní příčiny ran*

Vnitřní příčiny ran
cévní vředy dolních končetin (z postižení žil, tepen nebo obou typů cév)
neuropatické vředy
proleženiny (dekubity)
rány při nádorových onemocněních
rány při infekčních nemocech (syfilis, tuberkulóza apod.)
rány při imunitních poruchách (autoimunitní záněty cév)

Rány mohou vznikat působením vnějších i vnitřních příčin nebo jejich kombinací.

Obecně lze příčiny vzniku ran shrnout do tří základních oblastí:

- lokální poruchy výživy kůže
- lokální působení tlaku, cévní poškození
- systémové onemocnění (infekční, nádorové, krevní apod.)

2.3 Akutní rány

Akutní rána je porušení integrity tkání těla vzniklé v důsledku fyzikálního, mechanického nebo termického poškození.

Akutní rány vznikají ve zdravé kožní tkáni, hojí se obvykle v krátkém čase a bez komplikací. Jejich příčinou je nejčastěji úraz nebo chirurgický zákrok.

Nejčastější typy akutních ran (tab. 2.4)

- mechanické a traumatické rány
- termické rány
- rány chemické a aktinické (rána způsobená radiačním zářením)
- opary, puchýře

2.4 Chronické rány

Chronická rána je v podstatě sekundárně se hojící rána, která vzniká v terénu troficky změněných tkání předchozím onemocněním. Doba hojení je značně prodloužená a samotný proces hojení je narušen.

„Jako chronickou ránu označujeme sekundárně se hojící ránu, která i přes adekvátní terapii nevykazuje po dobu 6–9 týdnů tendenci k hojení“ (Česká společnost pro léčbu ran).

Někdy je termín chronická rána nesprávně připisován i komplikovaným nebo obtížně zhojitelným ranám, přestože se často jedná o rány akutní.

Hlavní rozdíl mezi ránou chronickou a akutní spočívá ve schopnosti fibroblastů, endotelií a keratinocytů dostatečně replikovat a produkovat mezibuněčnou matrix. Chronické rány se hojí výstavbou nové tkáně (hojení *per secundam*) s odpovídající anatomickou strukturou, proto je doba hojení zpravidla dlouhá a individuálně podmíněná příčinou a rozsahem poškozené tkáně.

Příčiny vzniku chronické rány

- přechod rány akutní do chronicity v kterékoli fázi hojení
- místní příčina, např. z důvodu přetrvávající infekce nebo neadekvátního primárního ošetření akutní rány
- celková příčina vlivem přidružených onemocnění (diabetes mellitus, cévní onemocnění nejrůznější etiologie apod.)
- mikrotraumatizace kůže predisponované k obtížnému hojení
- nekróza kůže na podkladě základního onemocnění, např. při aterosklerotickém postižení dolních končetin

Typy chronických ran

- bércové vředy
- diabetická noha
- nádory s vředovitým rozpadem
- komplikovaně se hojící pooperační rány
- proleženiny (dekubity)

Tab. 2.4 Nejčastější typy akutních ran (zdroj: tabulka autor; text dostupný na <https://www.hojeni-ran.cz/mechanicke-a-traumaticke-rany>)

Nejčastější typy akutních ran		
Mechanické a traumatické rány	řezná	<ul style="list-style-type: none"> okraje rány jsou ostré a hladké, u tupých nástrojů i lehce nerovné rána je nejhlubší uprostřed, bývá delší než širší a přímočará v důsledku přerušení cév a nervů rána krvácí a je doprovázena pálivou bolestí
	sečná	<ul style="list-style-type: none"> má klínovitý tvar a v celém průběhu většinou stejnou hloubku při šikmém dopadu předmětu vzniká laločnatá nebo obloukovitá rána
	tržná	<ul style="list-style-type: none"> rána je klikatá, nepravidelná, s nerovnými okraji a často jen povrchní
	kousnutím	<ul style="list-style-type: none"> bývá spojena se ztrátovým poraněním měkkých tkání, obvykle při ní dochází k pohmoždění a bodnutí od zubů
	bodná	<ul style="list-style-type: none"> tvar vbodnutí je dán charakterem zraňujícího předmětu, bodný kanál se může měnit po nárazu zraňujícího předmětu na kost, často je úzký a hluboký rány často pronikají do tělních dutin
	střelná	<ul style="list-style-type: none"> rána, která má vstřel i výstřel, se označuje jako průstřel velikost výstřelu je vždy větší než velikost vstřelu pokud není výstřel přítomen, jedná se o zástřel pokud je střelný kanál navenek otevřený, jde o postřel
	zhmožděná	<ul style="list-style-type: none"> často se kombinuje s tržnou ránou okraje rány jsou zhmožděné, málo krvácejí, v okolí jsou patrné odřeniny a podlitiny
Termické rány	popálenina	<ul style="list-style-type: none"> rány mají podle stupně závažnosti postižení vzhled zarudnutí, puchýřů, bílých skvrn nebo zuhelnatění kůže
	omrzlina	<ul style="list-style-type: none"> poškození provází změna barvy kůže, ztráta citlivosti až odumření postižených tkání
Chemické a aktinické rány	poleptání	<ul style="list-style-type: none"> vzhled rány závisí na druhu chemické látky objevuje se svědění, zbělení nebo naopak ztmavnutí kůže a odumření postižených tkání
	způsobené zářením	<ul style="list-style-type: none"> záření zpomaluje přirozenou obnovu pokožky, která atrofuje a vznikají na ní vředy
Opany, puchýře		<ul style="list-style-type: none"> opar je onemocnění vyvolané herpetickým virem typicky se projevuje výsevem bolavých puchýřků na kůži, ale i na sliznicích (nos, ústa, oči, genitál)

Stryja a kol. (2016) uvedený seznam rozšířili:

- bércové vředy žilní etiologie (jako jeden z projevů chronické žilní insuficience)
- kožní vředy arteriální etiologie (projev pokročilé ICHDK)
- dekubity
- neuropatické kožní vředy (jako jeden z důsledků onemocnění diabetes mellitus)
- kožní vředy vzniklé v terénu lymfedému

- ulcerace přítomné při autoimunitních onemocněních
- ulcerace vzniklé při aktinoterapii a autoimunitních onemocněních
- popáleniny II. a III. stupně.
- dále rány pooperační a posttraumatické, které se hojí *per secundam*

2.5 Prevence vzniku chronické rány

Sledování rizikových faktorů vzniku chronické rány je součástí ošetrovatelského hodnocení pacienta v řadě zdravotnických zařízení. Jeho cílem je např. včasné odhalení pacientů s rizikem vzniku dekubitu, poruchou výživy, rizikem pádu apod. Identifikací rizikových pacientů můžeme zabránit vzniku komplikací hojení pooperačních ran a jejich přechodu v chronické rány, popř. je odhalit již v časných stádiích a malém rozsahu.

Prevence infekčních komplikací hojení operačních ran a invazivních vstupů spočívá v potlačení existujících rizikových faktorů, v profylaktickém podávání antibiotik a správné technice ošetřování rány (antiseptická krytí, filmová krytí, speciální krytí na kanyly), ochraně spodiny rány a okolí před macerací (pěnová krytí, Hydrofiber, algináty, filmová krytí, tenké hydrokoloidy).

Součástí prevence je bezesporu i terapie základního a přidružených onemocnění (kompenzace DM, provedení cévní rekonstrukce ještě před vznikem gangrény či nehojící se rány). V případě elektivní operace pacienta se závažnou poruchou výživy je vhodné se zaměřit v předoperační přípravě i na zlepšení nutričních parametrů a opeřovat až po jejich normalizaci.

Z ošetrovatelského hlediska je nutné se v prevenci zaměřit na polohování pacienta a šetrnou manipulaci (zmenšení působení tlaku a střížných sil na exponovaných místech, využívání polohovacích antidekubitních pomůcek), správné pooperační krytí rány, prevenci macerace.

V prevenci vzniku neuropatických vředů u diabetiků hraje kromě kompenzace diabetu velkou úlohu správná obuv a odlehčení tlakově zatížených partií chodidla.

U pacientů s projevy chronické žilní insuficience lze jako prevenci vzniku bércevého vředu kromě kompresivní terapie doporučit chirurgické výkony ke snížení venózní hypertenze.