Speciális lábápolás szakmai ismeretek – Házi feladatok mintamegoldásai

A láb ortopédiai elváltozásai, betegségei, kezelésük határterületi lehetőségei és tehermentesítés; a láb belgyógyászati eredetű elváltozásai, betegségei, kezelésük határterületi lehetőségei; a láb egyéb betegségei; a diabéteszes láb ismérvei, határterületei, kezelésének lehetőségei

12. tanegység – kiadási verzió: 1.0

A mintamegoldás az elvárt tartalmi elemeket mutatja be. A kidolgozás más megfogalmazásban is elfogadható, ha ugyanazokat a szakmai összefüggéseket, indoklásokat és kompetenciahatárokat tartalmazza.

1. házi feladat – Az ortopédiai elváltozások felismerése, a terhelés olvasása és a tehermentesítés – Mintamegoldás

1. kérdés

Az első kliensnél rugalmas pes planovalgus képe áll fenn: a boltozat terhelés alatt lelapul, lábujjhegyre álláskor visszaemelkedik, tehát a hátsóláb még mozdítható. A süllyedés a sarok kifelé dőlésével jár, és a terhelést a talp mediális szélére viszi – a callus ott jelent meg, ahol a láb ténylegesen földet ér. A bőrkeményedés a terhelés térképe. Itt a szolgáltatás a tervezett módon elvégezhető: a callust rétegzetten vékonyítom, az ép réteget meghagyom, karbamidtartalmú otthoni ápolást beszélek meg, a belső szél terhelését puha, egész felületen fekvő elemmel osztom el, és átnézem a lábbelit – stabil sarokrész, kivehető betét, elegendő belső tér. A megtámasztás itt értelmes cél, mert a szerkezet még alakítható.

A második kliensnél merev forma: a boltozat semmilyen helyzetben nem áll vissza, a hátsóláb nem mozdítható, a mozgatás fájdalmas. A boltozat „felnyomása” itt nem hoz eredményt, sőt új nyomáspontot teremthet; ezért a meglévő terhelési pontokat tehermentesítem, és a bőrt védem. A tehermentesítés célja tehát az elsőnél a terhelés átrendezése, a másodiknál kizárólag a meglévő pontok védelme. Ez a kép ortopédiai szakvizsgálatot indokol, mert hátterében csontos összenövés, régi sérülés vagy ízületi betegség állhat; a háttér tisztázása képalkotó vizsgálatot igényel.

A harmadik kliensnél pes cavus képe áll fenn: a rugózó középső szakasz kiesik a munkából, a testsúly két viszonylag kis felületre koncentrálódik, ezért vastag a callus a sarkon és a lábközépcsontfejek alatt. A karomujjállás miatt a PIP feletti lábháti és az ujjbegyi pontokra gyűrű vagy lábujjhüvely, a sarokra és a fejek alá párnázó megoldás kerül. A fokozatos súlyosbodás, a gyakori botlás, az ismétlődő bokaficam és a családi előfordulás miatt az ortopédiai vizsgálat mellett neurológiai szempontú kivizsgálást is javaslok, mert az üreges láb mögött viszonylag gyakran áll idegrendszeri eredetű ok. A háttér megnevezése nálam munkahipotézis marad: a mintázatot felismerem és tárgyszerűen leírom, a klienssel azonban nem közlöm igazolt orvosi diagnózisként, hanem az észlelt jeleket és a továbbirányítás indokát ismertetem.

Pontozás: rugalmas és merev forma elkülönítése a lábujjhegyre állás próbájával 1 pont; a rugalmas formánál a terhelés mediális szélre tolódásának és a callus helyének összekapcsolása 1 pont; a rugalmas formánál végzett teljes ellátás megnevezése 1 pont; a merev formánál a megtámasztás elhagyása és a meglévő pontok védelme mint eltérő cél 1 pont; a pes cavus felismerése a két kis támaszfelülettel és a hozzá tartozó nyomáspontokkal 1 pont; a kétirányú kivizsgálás javaslata a botlás, a bokaficam és a családi előfordulás indoklásával 1 pont. Összesen 6 pont.

2. kérdés

Hallux valgusban a nagylábujj laterálisan, a kisujjak felé tér el, az I. lábközépcsont pedig mediálisan, a láb belső széle felé mozdul; a két ellentétes elmozdulás hozza létre a belső oldali kiemelkedést. Ezt a kliensnek is elmondom, mert ebből érti meg, miért nem lehet a

lábujjat „visszaigazítani”. A terhelés ebből következően rendeződik át: a nagylábujj nem tud rendesen elrugaszkodni, ezért a II–III. lábközépcsontfej alatti nyomás fokozódhat, és ott jellemzően callus képződik. A harántirányú szerkezet és a lágyrészek befolyásolják az előlábi nyomáseloszlást, a tényleges mintázatot azonban a metatarsalis parabola, a zsírpárna, a lábbeli, a járás és az egyéni anatómia együtt határozza meg; a mintázat felismerhető és tanítható, csak nem kizárólagos, ezért az adott láb terhelési képével igazolom. A nagylábujj talpi felszínén a keményedés a mediális élen jelenik meg, mert az elfordult ujjnak ez az éle kerül a talajra. A II. lábujj megemelkedik, kalapácsujjá válik, felette lábháti clavus keletkezik. A köröm tünete ugyanennek a következménye: a nagylábujj a hossztengelye körül is elfordul, ezért a köröm mediális éle tartós nyomás alá kerül, a lemez megvastagszik, elszíneződik, a feszülő körömsánc pedig benőtt körömre hajlamosít.

Amit vállalok: a panasz csökkentése és a bőr épségének megőrzése – rétegzett vékonyítás, a kiemelkedés tehermentesítése akkora vastagsággal, amely a cipőben elfér, egyenesre rendezett köröm ki nem vájt sarokkal, a lábbeli megbeszélése. Amit nem vállalok: alaki javulást. A műtét mérlegelése ortopéd szakorvosi kompetencia.

A második kliensnél a gördülés törik meg. A nagylábujj alapízületének kopásában a felfelé hajlítás korlátozottá és fájdalmassá válik – hallux limitus, előrehaladottabb szakában hallux rigidus –, és emiatt nem működik a csörlőmechanizmus, amely az elrugaszkodáshoz felhúzza a boltozatot. A kliens elkerüli a fájdalmas elrugaszkodást, a láb külső szélére tér ki, ezért szabadul fel a nagylábujj alatti terület, és jelenik meg a callus az V. fej és a laterális él alatt. A lábháti kiemelkedés az ízület szélén képződő csontkinövésnek felel meg. A talpon az újonnan terhelt külső élen rétegzetten vékonyítok; a lábháton puha, lapos párnázatot használok, és a fűzést a nyomott szakasz felett kihagyom; a merevebb talpú cipő itt kedvezőbb, a hegyes orr és a magas sarok rontja a képet.

Pontozás: a nagylábujj laterális és az I. lábközépcsont mediális eltérésének helyes megadása 1 pont; a terhelés átrendeződése – a II–III. fej alatti nyomás fokozódása és a mediális él terhelése, a mintázat nem kizárólagos jellegével – 1 pont; a köröm helyzetváltozásának levezetése 1 pont; a vállalt és a nem vállalt cél elkülönítése az alaki javulás elutasításával 1 pont; a hallux limitus és rigidus megnevezése a csörlőmechanizmus kiesésével együtt 1 pont; a talpi, a lábháti és a lábbelire vonatkozó teendő megadása 1 pont. Összesen 6 pont.

3. kérdés

A bal III. lábujjon a középső, azaz a PIP-ízület hajlított, az alapízület (MTP) nyújtott vagy semleges, a végízület (DIP) nyújtott vagy enyhén hajlított: ez a kalapácsujj állása, és a jellemző nyomáspontja a PIP felett képződő lábháti clavus durus – körülírt, éles szélű, mélybe nyúló elváltozás. A II. lábujjon az ujjbegyen és a körömlemez alatt tapintható keményedés a pörölyujj képe: itt csak a végízület hajlik, a lábháti felszín viszonylag szabad marad, a nyomás az ujjbegyre és a köröm alá kerül. A karomujjnál az alapízület túlnyújtott, a közép- és a végízület egyaránt hajlított, ezért a PIP feletti lábháti pont és az ujjbegy egyszerre terhelt. A IV. és az V. ujj között látott fehéres, felpuhult képlet clavus mollis: a párás résben a szaruréteg felázik, ezért puha és macerált, könnyen felszakad, és a repedés fertőzés kapujává válhat.

A hajlott ujj megítélésének első lépése, hogy óvatosan megkísérlem kiegyenesíteni. Rugalmas formában értelmes cél a megtámasztás: a talp alá helyezett ujjtámasz vagy a hajlított ujj alá simuló szilikonelem visszaülteti az ujjat a talajra. Rögzült formában az ízület nem mozdul, az erőltetett megtámasztás új nyomáspontot hoz létre; ilyenkor kizárólag a meglévő kiemelkedés párnázása, a súrlódás csökkentése és a lábbeli felsőrészének felszabadítása a cél. A lábháti clavushoz gél- vagy habgyűrűt, illetve lábujjhüvelyt választok úgy, hogy a fájdalmas pont szabadon maradjon, de a perem ne képezzen új nyomáshelyet; az ujjbegyi és köröm alatti ponthoz lábujjhüvely és magasabb orrú lábbeli való. A magot nem emelem ki és nem fúrom: a szarudugót a környező réteggel együtt vékonyítom el.

A nedves résbe gélelválasztó nem kerül, mert a gél nem szív fel nedvességet, hanem zárja, ezért fenntartja a macerálódást; ugyanígy kerülendő a zsíros, okkluzív kenőcs. Helyette nedvszívó betét vagy vékony gézcsík, gyakori csere, óvatos szárítás és naponta cserélt zokni a feladat. Hámhiány vagy terjedő bőrpír esetén orvosi ellátást javaslok.

Pontozás: a PIP-hajlítás helyes megnevezése kalapácsujjként a lábháti clavus durusszal 1 pont; a pörölyujj helyes megadása a DIP hajlításával és az ujjbegyi, köröm alatti nyomással 1 pont; a karomujj elkülönítése a két nyomásponttal 1 pont; a clavus mollis megnevezése és a macerálódás magyarázata 1 pont; a rugalmas és a rögzült forma eltérő ellátása 1 pont; a nedves résbe nem kerülő gél és okkluzív kenőcs indoklása a helyes alternatívával 1 pont. Összesen 6 pont.

4. kérdés

Az első kliens panasza a plantaris fasciopathia jellegzetes mintázatát mutatja: a fájdalom a sarokgumó elülső-belső pontjára lokalizálódik, a reggeli első lépéseknél a legerősebb, néhány perc járás után enyhül, a nap végére újra fokozódik, és hosszabb ülés után is ismétlődik. A megnevezés azért fasciopathia és nem fasciitis, mert a szövettani kép nem elsősorban gyulladásos, hanem degeneratív jellegű. Itt a cél az, hogy a tapadási helyre kevesebb húzóerő jusson: sarokpárna, gélbetét, a boltozatot megtámasztó betét jön szóba, a peremen lévő megvastagodott bőrt rétegzetten vékonyítom, karbamidtartalmú ápolást beszélek meg, a nyújtást tanácsként adom át, nem terápiaként.

A második kliens képe a sarokzsírpárna elvékonyodására illik: a fájdalom a sarok közepén, hosszabb állás után, kemény felületen és mezítláb kifejezett, a tapintás diffúz érzékenységet mutat. Megoldás a párnázó sarokbetét, a lökésgátló talpbetét és a párnázott talpú, zárt sarokrészű cipő.

A harmadik kliensnél rhagas kialakulásának veszélye áll fenn. A merev callusgyűrűt óvatosan, rétegzetten vékonyítom – a repedés árkát nem tágítom és nem vájom ki –, karbamidtartalmú hidratáló-emolliens ápolást és tehermentesítést alkalmazok. A két készítménycsoportot elkülönítem. A szalicilsavas, tyúkszemirtó jellegű és erősen hámlasztó készítmény, az okklúziós fedés és a repedés széleit közelítő ragasztócsíkos rögzítés közös feltétele az ép bőr és a gyártói használati utasítás betartása; fokozott kockázat, nyílt vagy mély repedés, cukorbetegség, védőérzés-vesztés, perifériás érbetegség, sérülékeny vagy vékony bőr, valamint fertőzésre utaló jel esetén ezek kerülendők. A karbamidos hidratáló-emolliens készítmény más megítélés alá esik: ép, száraz bőrön, megfelelő kockázatértékelés és a

használati utasítás betartása mellett alkalmazható lehet – a nemzetközi irányelv a száraz bőr emolliensszel történő ápolását a veszélyeztetett diabéteszes lábon is javasolja. Nyílt repedés vagy bármilyen bőrhiány esetén a kliens egészségügyi vizsgálatra szorul.

A sarkantyúról a következőt mondom el: képalkotó lelet, nem önálló betegség. Sok emberben megtalálható panasz nélkül, és fordítva, kifejezett sarokfájdalom mellett gyakran nem látható. A csontos kinövés a tartós húzóerőre adott átépülési válasz, tehát inkább következmény, mint ok – nem egy tüske szúrja a talpát –, ezért a kezelés a túlterhelés csökkentésére irányul.

Pontozás: a plantaris fasciopathia felismerése a reggeli első lépések mintázatával és a hozzá tartozó ellátással 1 pont; a sarokzsírpárna elvékonyodásának elkülönítése és ellátása 1 pont; a repedt sarok rétegzett, az árkot nem tágító ellátása és a karbamidos emolliens ápolás 1 pont; a szalicilsavas vagy tyúkszemirtó jellegű készítmény, az okklúziós fedés és a ragasztócsíkos rögzítés feltételének megadása – ép bőr és gyártói használati utasítás –, valamint a karbamidos emolliens ettől elkülönített, megengedő megítélése 1 pont; a felsorolt ellenjavallatok legalább négy elemének megnevezése 1 pont; a calcar calcanei magyarázata leletként, következményként, a kezelés irányával együtt 1 pont. Összesen 6 pont.

5. kérdés

Az első kliensnél a harántboltozat süllyedésének képe áll fenn: a lábközépcsontfejek szétterültek, az előláb kiszélesedett. A harántirányú szerkezet és a lágyrészek befolyásolják az előlábi nyomáseloszlást. A II–III. lábközépcsontfej alatti nyomás fokozódhat – ezek a csontok karcsúbbak, és kevesebb lágyrész borítja őket –, de a tényleges mintázatot a metatarsalis parabola, a zsírpárna, a lábbeli, a járás és az egyéni anatómia együtt határozza meg. A mintázat tehát felismerhető és tanítható, csak nem kizárólagos: minden esetben az adott láb terhelési képével igazolom. Ennél a kliensnél a jelek egybevágnak: a callus a II–III. fej alatt ült ki, a kliens „kavicsérzésről” számol be, a szűk orrú cipő pedig oldalról összepréseli a fejeket, amit a betéten látszó ujjlenyomat is megerősít.

A hárompontos alátámasztás – a sarokgumó, valamint az I. és az V. lábközépcsontfej – szemléltető, történeti modell, amely jól mutatja a boltozatok rugózását, de nem kizárólagos biomechanikai tény. A nyomásmérések szerint a talpi terhelés egy nagyobb, összefüggő területen adódik át, és a járás szakaszai szerint vándorol: a sarokról a külső szélen át halad előre, majd az előlábon valamennyi lábközépcsontfej között oszlik meg, változó arányban.

A bőrkeményedés eltávolítása azért nem elegendő, mert az ok – a megváltozott alak és terhelés – megmarad, és a bőr néhány héten belül újratermeli a védekező réteget, ráadásul vékonyabb alapon; a callus maga is nyomó testté válik. A callust vékony rétegekben, a szélektől a közép felé vékonyítom, az ép, rugalmas réteg megjelenésekor megállok. A haránttámaszt a fejek mögé, a csontok nyakának magasságába helyezem, nem a fejek alá: kitapintom a fejeket, megjelölöm a mögöttük lévő sávot, és a támasz elülső élét ehhez igazítom; a peremeket elvékonyítom, majd a kliens a saját cipőjében járáspróbát végez.

A második kliensnél az elektív lábápolói ellátást megszakítom. A kép nem illeszkedik a mechanikai magyarázathoz: a csontfájdalom terheléshez kapcsolódik és körülírt; a nyomásérzékenység pontszerű, a csont felett – itt a lábháton – váltható ki; duzzanat, olykor melegség kíséri; a közelmúltban megváltozott a terhelés; a kliens sántít; és a fájdalmas pont

felett a talpon nincs bőrkeményedés, tehát hiányzik a talpi mechanikai magyarázat. Azt, hogy a fájdalom kezdetben pihenésre még enyhülhet, nem tekintem kizáró jelnek: a nyugalmi vagy éjszakai fájdalom inkább előrehaladottabb állapotra utal. Ez vörös zászló, amely csontstressz-sérülés lehetőségét veti fel. A csontstressz-sérülés gyűjtőfogalom: a fáradásos törés a normális szilárdságú csont ismételt, szokatlan túlterhelése miatt jön létre, az insufficienciatörés pedig a csökkent szilárdságú csont – például csontritkulás mellett – normális vagy kis terhelésre bekövetkező stressztörése; a kettő elkülönítése orvosi feladat, a lábápolói ellátási rend mindkét esetben azonos. Feltételezett csontstressz-sérülés esetén az elektív lábápolói ellátást megszakítjuk, a fájdalmat kiváltó terhelés azonnali csökkentését javasoljuk, és mielőbbi orvosi vizsgálatot szervezünk. A diagnózisról, valamint a rögzítés vagy ortézis szükségességéről az egészségügyi ellátó dönt: specifikus rögzítőt, ortézist vagy járócsizmát nem a lábápoló rendel. Az én feladatom a terhelés csökkentésének javaslata, a kliens tájékoztatása és a tárgyszerű dokumentálás – oldal, a pont helye a csont megnevezésével, a duzzanat kiterjedése, a hőmérséklet a másik oldalhoz képest, a talpi bőrkép hiánya, a közelmúltbeli terhelésváltozás –, majd a továbbirányítás megszervezése.

Pontozás: a harántboltozat süllyedésének felismerése és a II–III. fej alatti nyomásfokozódás helyes, nem kizárólagosként megfogalmazott indoklása 1 pont; a hárompontos modell szemléltető, történeti jellegének kimondása 1 pont; a valós terhelés vándorlásának és az előlábi eloszlásnak a leírása 1 pont; a bőrkeményedés eltávolításának elégtelensége az önerősítő folyamattal 1 pont; a haránttámasz fejek mögé, a nyakak magasságába helyezése a járáspróbával 1 pont; a második kliensnél az elektív ellátás megszakítása a nem illeszkedő jelek felsorolásával 1 pont; a teendők sorrendje – a terhelés csökkentésének javaslata, dokumentálás, tájékoztatás, továbbirányítás – 1 pont. Összesen 7 pont.

6. kérdés

Az V. lábközépcsontfej alatti elváltozás callus: kiterjedtebb, elmosódott szélű, egyenletesen megvastagodott, sárgás bőrterület, amely nyomásra tompán érzékeny, de a fájdalom nem körülírt. Nagyobb felületen ható, viszonylag egyenletes terhelés hozza létre. A nagylábujj alatti elváltozás clavus: körülírt, éles szélű, kúp alakú elszarusodás, amelynek csúcsa a mélybe fordul, ezért függőleges nyomásra élesen, pontszerűen fáj; a rétegzett vékonyítás közben a callus egyenletesen világosodik, a clavus közepén viszont tömött, áttetsző mag rajzolódik ki. A sarok előtti, nem terhelt területen lévő elváltozásnál verruca plantaris gyanúja merül fel: oldalirányú, csípő nyomásra érzékenyebb, nem terhelt ponton helyezkedik el, a talpi bőrbarázdák megszakadnak és megkerülik, és a felszínen apró, sötét pontok látszhatnak, amelyek rendszerint pontszerű bevérzéseknek vagy trombotizált kapillárisoknak felelnek meg. A bőrbarázdák megszakadása, a pontszerű bevérzések és az oldalirányú érzékenység elkülönítő támpontok, de önmagukban nem bizonyító diagnosztikai jelek; a megnevezés orvosi kompetencia. Szemölcs gyanúja esetén a további vékonyítás nem folytatható automatikusan. Figyelembe kell venni a kompetenciahatárt, a fertőzésátvitel kockázatát és a helyi infekciókontroll-protokollt. Itt tehát megváltozik az eljárás: a lehántás önmagában nem old meg semmit, a szóródás veszélye fennáll, az eszközök és a felületek kezelése szigorúbb rendet kíván; a kezelés orvosi kompetencia.

A második kliensnél a munkát ott befejezem. A callus alatt megjelenő sötét, barnás-vöröses elszíneződés bevérzés: a nyomás és a nyírás már a szaruréteg alatti szöveteket károsította. Ez fekély előtti (praeulceratív) jel, és csökkent védőérzés mellett különösen veszélyes, mert a kliens visszajelzése hiányzik, tehát a látott jelre kell támaszkodni. A további vékonyítás a már elvékonyodott réteget nyitná meg; a hámhiány és a vérzés nem munkafázis, hanem elkerülendő szövődmény.

A teendők sorrendje: a vékonyítás befejezése, a terület védése, a nyomás elvezetése tehermentesítéssel – a ponton túlnyúló ablakkal, elvékonyított peremmel –, a lábbeli belsejének kézzel történő áttapintása, járáspróba, majd tárgyszerű dokumentálás. Ez a jel fokozott kockázatú kliensnél gyors, lehetőleg napokon belüli továbbirányítást igényel megfelelően képzett egészségügyi szakemberhez; a tehermentesítő és a néhány napon belüli kontroll ezt kiegészíti, nem helyettesíti. A klienst arról tájékoztatom, mit figyeljen: fokozódó vagy új helyen jelentkező fájdalom, bőrpír, duzzanat, nedvedzés, a zoknin megjelenő elszíneződés.

Pontozás: a callus leírása és a hozzá tartozó terhelési jelleg 1 pont; a clavus elkülönítése az éles szélű, mélybe forduló maggal és a függőleges nyomásra jelentkező fájdalommal 1 pont; a verruca plantaris négy elkülönítő támpontjának megadása azzal, hogy ezek nem bizonyító diagnosztikai jelek 1 pont; a szemölcs esetében az eljárás megváltozása, a vékonyítás automatikus folytatásának elhagyása, a fertőzésátvitel kockázata és a kompetenciahatár 1 pont; a bevérzés praeulceratív jelként való értékelése és a munka befejezése 1 pont; a napokon belüli továbbirányítás kimondása azzal, hogy a tehermentesítés ezt kiegészíti, nem helyettesíti 1 pont. Összesen 6 pont.

7. kérdés

Az ablak méretét és alakját négy tényező együtt szabja meg: az elváltozás kiterjedése, a láb alakja, a lábbeli helykínálata és a bőr állapota; ezért nem szabványosítható, a sablonszerű kivágás a leggyakoribb hibaforrás. Az anyag és a vastagság megválasztásához a gyártói használati utasítás (IFU) és a látott klinikai kép együtt ad támpontot. Az ablak széle soha nem eshet a fájdalmas pontra: ott koncentrálná a nyomást, ahol el kellene vezetnie. Egyáltalán nem szabad ablakot vágni, ha a maradék gyűrű túl keskeny lenne és maga válna nyomóéllé; ha a környező bőr sérült, macerált vagy gyulladt; és fekélyre vagy annak közvetlen környezetére az ellátó orvosi ellátással való egyeztetés nélkül.

A felhelyezés menete: tiszta, száraz, zsírmentes bőr; a nyomáspont pontos megjelölése tapintással és a kliens visszajelzésével; az anyag és a vastagság kiválasztása a bőr állapota, a nedvesség, az érzészavar, az allergia, a lábbeli helykínálata és a viselési idő szerint; a forma kiszabása lekerekített szélekkel, levágott sarkokkal; az ablak kialakítása; a perem elvékonyítása és ferdére vágása, végigtapintással ellenőrizve; a felhelyezés ránc és feszülés nélkül, körkörös rögzítés nélkül; végül az ellenőrzés terhelés alatt és a szükség szerinti azonnali korrekció.

A gyakorlatban éppen az utolsó két lépés – a járáspróba és a korrekció – marad el a leggyakrabban, pedig ott derülne ki a legtöbb hiba: az ülő helyzetben tökéletesnek látszó

megoldás a kliens cipőjében ártalmassá válhat, a láb a lépés során elmozdul, ezért a pont az ablakon kívülre kerülhet, a megcsúszó sarok pedig nyíróerőt kelt.

A négy kliens anyagválasztása: a macerált, nedves lábujjközbe nem kerül gél, mert az zárja a nedvességet – nedvszívó, cserélhető betét vagy vékony gézcsík, gyakori csere a helyes megoldás. Az erősen izzadó kliensnél gyakran nem az anyagot kell cserélni, hanem a viselési időt rövidíteni és a szárítást rendezni. A tartós szteroidkezelés mellett elvékonyodott bőrre közvetlenül nem ragasztok: a lábbelibe helyezett vagy zoknival rögzített elem a megoldás. A ragasztóérzékeny kliensnél ugyanígy zokni, tubusfásli vagy a betétbe épített elem jön szóba; ragasztóeltávolítónál a biztonsági adatlap az irányadó.

Pontozás: az ablak méretét meghatározó négy tényező megnevezése 1 pont; annak kimondása, hogy a szél nem eshet a pontra, az indoklással 1 pont; azoknak a helyzeteknek a megnevezése, amelyekben nem vágunk ablakot 1 pont; a felhelyezés menete legalább hat lépésben, az ellenőrzési pontokkal 1 pont; a járáspróba mint a leggyakrabban elmaradó lépés, a mögötte álló magyarázattal 1 pont; a négy kliens anyag- és rögzítésválasztása indoklással 1 pont. Összesen 6 pont.

8. kérdés

Az első kliensnél két hiba adódott össze. Mivel a talpbetét nem vehető ki, a pelotta vastagsága teljes egészében a rendelkezésre álló belső magasságot csökkentette, a lábfej felfelé szorult, és a lábháton új nyomáspont keletkezett – a megoldás egy másik helyen hozta létre ugyanazt a problémát, amelyet meg akart szüntetni. Ehhez járult az alacsony orr-rész és a megcsúszó sarok: a szűkös függőleges tér tovább növelte a lábháti nyomást, a csúszó sarok pedig nyíróerőt kelt, és az eszközt is elmozdítja.

A lábbeli négy olyan tulajdonsága, amely a tehermentesítés részét képezi: az orr-rész bősége és magassága, mert az ujjaknak egymás mellett és felfelé is el kell férniük; a gördülési vonal hajlékonysága, mert a talpnak az alapízületek magasságában kell hajlania; a sarokrögzítés stabilitása, mert a megcsúszó sarok nyíróerőt kelt; és a kivehető betét, mert csak így marad meg a belmagasság. Rövid távon vékonyabb megoldást vagy más elvet választok, hosszabb távon megfelelő lábbelit beszélek meg a klienssel, és a járáspróbát megismétlem.

A második kliensnél több ok jöhet szóba: hibás lehetett a nyomáspont értelmezése; rossz helyre kerülhetett az ablak vagy a támasz – a haránttámasz például a fejek alá; a kliens nem viseli az eszközt, vagy nem abban a cipőben, amelyhez készült; a lábbeli nem változott, tehát a fenntartó nyomás megmaradt; végül a fenntartó ok lehet merev, előrehaladott alakváltozás, keringési vagy belgyógyászati háttér, illetve az elváltozás nem nyomásos eredetű.

A szakmai összefoglaló akkor hasznos, ha rövid és tárgyszerű: az elváltozás oldala, pontos helye, típusa és kiterjedése, a bőr és a köröm állapota, a nyomáspontok és a bőrkeményedés térképe, a járáskép, a lábbelin tett észrevételek, a verőerek tapinthatósága, az érzésvizsgálat eredménye, az alkalmazott tehermentesítés és annak hatása, valamint a változás üteme. Amit nem tartalmaz: betegségmegnevezést, feltételezett diagnózist, javasolt gyógyszert vagy műtétet.

A lábápolói tehermentesítés nem elegendő a merev, előrehaladott alakváltozásnál; a fekély vagy a korábbi fekély helyén; jelentős végtaghossz-különbségnél; súlyos hátsóláb-eltérésnél; a lábszár és a boka együttes érintettségénél; valamint részleges amputáció utáni állapotban. A gyógyászati segédeszköz rendelése szakorvosi, elkészítése és kiadása forgalmazói kompetencia.

Pontozás: a betétvastagság és a belmagasság összefüggésének helyes levezetése 1 pont; a nyíróerő szerepe a megcsúszó saroknál 1 pont; a lábbeli négy tulajdonságának megnevezése indoklással 1 pont; a visszatérő callus legalább négy lehetséges okának felsorolása 1 pont; a szakmai összefoglaló tartalma legalább hat elemmel 1 pont; annak megnevezése, mi nem kerül az összefoglalóba 1 pont; azoknak a helyzeteknek a felsorolása, amelyekben a lábápolói tehermentesítés nem elegendő, a kompetenciahatár kimondásával 1 pont. Összesen 7 pont.

Az 1. házi feladat pontozási összesítője

Kérdés	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**Össz.**
Elérhető pont	6	6	6	6	7	6	6	7	50

2. házi feladat – A belgyógyászati és keringési eredetű lábelváltozások, valamint a diabéteszes láb szűrése és ellátása – Mintamegoldás

1. kérdés

Az első kliensnél a kép artériás eredetű keringészavarra utal: hűvös tapintatú, halvány, lelógatva livid-vöröses láb, hiányzó szőrzet, elvékonyodott, fényes bőr, lassan növő, megvastagodott köröm. A legfontosabb elem a panasz jellege: a nyugalmi, éjszakai égő fájdalom, amely a láb megemelésekor fokozódik és lelógatásra enyhül, súlyos ischaemiás jel; aki emiatt lelógatott lábbal alszik, azt haladéktalanul orvoshoz kell irányítani. A második kliensnél krónikus vénás elégtelenség képe áll fenn: bokakörnyéki, puha, benyomható ödéma a zokni peremének nyomával, a belboka körül a szövetbe került vörösvértestekből felszabaduló haemosiderin okozta barnás elszíneződés; a panasz a nap végére erősödik és felpolcolásra enyhül. Az elkülönítés kulcskérdése a láb helyzetének hatása: az artériás panasz megemelt lábbal rosszabbodik és lelógatásra enyhül, a vénás fordítva viselkedik.

Az elsőnél a beavatkozás mértékét lefelé módosítom, sűrűbb ellenőrzéssel dolgozom, és megszervezem az orvosi kivizsgálást. A másodiknál az ép bőrön dolgozom, rendezem a körmöt, ápolom a száraz bőrt, szárazon tartom a lábujjközöket; a kompressziós ellátás elrendelése orvosi kompetencia.

A verőereket mindkét oldalon megkeresem: az arteria dorsalis pedis az I. és a II. lábközépcsont között a lábháton, az arteria tibialis posterior a belboka mögötti árokban tapintható. A két oldalt összehasonlítom, és a bőr hőmérsékletét is összevetem. A dokumentáció tételes: „jobb lábháti verőér tapintható, jobb hátsó sípcsonti verőér nem tapintható; bal oldalon mindkettő tapintható.” A tapintás bizonyító erejét mértéktartóan kell megítélni: a tapintható pulzus nem zárja ki a perifériás érbetegséget, a nem tapintható pulzus pedig önmagában nem bizonyítja azt, mert az eredményt az ödéma, a testalkat, a vizsgáló gyakorlata és az anatómiai változat is befolyásolja. Fekély vagy alapos gyanú esetén Doppler-vizsgálat, boka-kar index (ABI) és lábujj-kar index (TBI) együttes értékelése lehet szükséges; ez orvosi, illetve szakellátói feladat. Addig a tapintás eredményét oldalanként dokumentálom, fokozott óvatossággal járok el, és továbbirányítok.

Pontozás: az artériás kép jeleinek és a nyugalmi éjszakai fájdalom súlyának megadása 1 pont; a vénás kép jeleinek és a haemosiderin szerepének megadása 1 pont; az elkülönítés kulcskérdésének kimondása a láb helyzetével 1 pont; a két érintett teendőjének elkülönítése a kompresszió kompetenciahatárával 1 pont; a két verőér helyének és a kétoldali összehasonlításnak a leírása tételes dokumentációval 1 pont; a tapintás bizonyító erejének kétirányú korlátozása a Doppler, az ABI és a TBI megnevezésével 1 pont. Összesen 6 pont.

2. kérdés

Az áztatás: a hosszú, meleg vizes áztatás kerülendő, mert a meleg fokozza a szövetek oxigénigényét, miközben a szűkült ér nem tud több vért szállítani, a vízben ázott bőr pedig

felpuhul és könnyebben sérül. Ha egyáltalán alkalmazok vizes előkészítést, az rövid és langyos legyen. A víz hőmérsékletét soha nem a kliens érzésére bízom, mert az érzészavar mellett a hőérzet is megbízhatatlan: hőmérőt vagy a saját könyökömet használom, és ugyanezt tanítom meg otthonra is. A bőrkeményedés eltávolításánál minél kevesebb szövet, minél kisebb felületen: a teljes eltávolítás nem cél, mert a bőr védelmi tartaléka kicsi, és a hámhiány gyógyulása bizonytalan. A masszázs keringésfokozó hatása nem állítható erősen, verőérbetegség kezelésére nem alkalmas, viszont az elvékonyodott bőrt károsíthatja, ezért az erőteljes gyúrás nem javasolt. A tehermentesítés ezen a lábon különösen fontos, mert a nyomás csökkentése nem igényel szövetsérülést; sérült, vékony bőrre közvetlenül nem ragasztok, és a rögzítés soha nem körkörös. Az ellenőrzés gyakoriságát sűrítem, mert a károsodás lassan gyógyul, és a kliens nem feltétlenül jelez időben; új tehermentesítő után az első ellenőrzés néhány napon belül esedékes.

A kompressziós harisnyáról a válaszom szó szerint: „A kompressziós harisnya gyógyászati segédeszköz. Azt, hogy Önnek szükséges-e, milyen típusú és milyen nyomásfokozatú lehet, orvos dönti el, mert ehhez a láb verőeres keringésének állapotát is meg kell ítélni. Én azt látom a lábán, amit most leírok Önnek, és ezzel kérem, keresse fel a kezelőorvosát. Ha megkapja az eszközt, a felhelyezésben és abban, hogy figyeljük, nem hagy-e nyomot, szívesen segítek.”

Azért így válaszolok, mert a kompresszió a vénás betegség alapterápiája, de nem lábápolói döntés, és artériás szűkület mellett kárt okozhat; a szomszéd jó tapasztalata nem vihető át. Amiben mégis segítek: megkérdezem, viseli-e az elrendelt harisnyát, és ha nem, megkeresem az okát; segítek a felhelyezés gyakorlati megoldásában; jelzem, ha az eszköz bevág vagy nyomot hagy; ápolom a száraz bőrt, szárazon tartom a lábujjközöket, biztonságosan rendezem a körmöt; átadom a soron kívüli jelentkezés jeleit; és elmondom, hogy a felpolcolás és a mozgás segít, mert a vért az izompumpa és a vénabillentyűk juttatják vissza.

Pontozás: az áztatás és a vízhőmérséklet megítélése indoklással 1 pont; a bőrkeményedés eltávolításának mértéke és a masszázs megítélése indoklással 1 pont; a tehermentesítés előtérbe helyezése és a sűrített ellenőrzés indoklással 1 pont; a szó szerinti válasz megfogalmazása a kompresszió mint gyógyászati segédeszköz megnevezésével 1 pont; annak indoklása, hogy artériás szűkület mellett a kompresszió kárt okozhat 1 pont; a tényleges segítségnyújtás legalább négy elemének felsorolása 1 pont. Összesen 6 pont.

3. kérdés

Az első kliensnél a kezelés elmarad. A néhány nap alatt kialakult egyoldali duzzanat, feszülés, a másik oldalnál melegebb tapintat és a vádli nyomásérzékenysége mélyvénás thrombosis gyanúját veti fel, amelynek legfőbb veszélye a tüdőembólia; a kockázatot növeli a hosszú utazás, a hosszabb mozdulatlanság, a gipszrögzítés, a közelmúltbeli műtét és a daganatos betegség. Ez nem halasztandó kezelés, hanem sürgős orvosi kivizsgálást igénylő helyzet.

Amit nem szabad tenni: a lábat nem masszírozom, nem gyúrom, nem dörzsölöm, nem áztatom meleg vízben, és nem helyezek fel szoros, körkörös rögzítést. Tehermentesítéssel sem kísérletezem, mert az elfedheti a helyzetet. A teendők sorrendje: a beavatkozás elhagyása; tárgyszerű dokumentálás – melyik oldal, mióta áll fenn, a duzzanat helye és kiterjedése, a bőr

színe, a két oldal hőmérséklet-különbsége, a vádli érzékenysége, a hosszú utazás ténye; a kliens tárgyilagos tájékoztatása; a továbbirányítás megszervezése; végül új időpont adása és a tájékoztatás rögzítése. Ha a duzzadt, feszülő végtag mellett mellkasi fájdalom, nehézlégzés, köhögés vagy hirtelen rosszullét jelentkezik, azonnal a 112 segélyhívó számot kell hívni. Ezt a klienssel is közlöm, mert a panasz később is jelentkezhet.

A második kliensnél nyirokkeringési zavar, lymphoedema képe áll fenn: a szövetközti térben fehérjedús folyadék halmozódik fel, a duzzanat a lábujjak tövére is kiterjed, ott a bőrredőt nem lehet felemelni, a bőr megvastagszik, a lábujjközök nedvesek maradnak. Ez a bőr azért fogékony a fertőzésre, mert a megvastagodott, rosszul szellőző, tartósan nedves felszín kedvez a kórokozók megtelepedésének, a helyi védekezés pedig romlik; a belépési kapu jellemzően egy lábujjközi berepedés vagy hámlás. A legfontosabb szövődmény az erysipelas: hirtelen kezdődő, éles szélű, meleg, élénkvörös, fájdalmas bőrpír, rendszerint lázzal; sürgős orvosi ellátást igényel, és az ismétlődő epizódok tovább ronthatják a nyirokelvezetést. A megelőzésben a lábápolói munkának tényleges szerepe van: a lábujjközök sérülésmentes szárazon tartása és a kliens megtanítása erre, a berepedések ápolása, a száraz bőr zsírozása, a körömsáncot nem feszítő körömrendezés, a lábbeli és a zokni átvizsgálása, valamint a végig sérülésmentes technika. A manuális nyirokdrenázs külön képesítéshez kötött eljárás, nem a lábápolás része.

Pontozás: a mélyvénás thrombosis gyanújának felismerése a jelek és a kockázati körülmények megnevezésével 1 pont; a tiltott beavatkozások felsorolása 1 pont; a teendők sorrendje a dokumentálástól a továbbirányításig 1 pont; a mellkasi fájdalom vagy nehézlégzés esetén a 112 hívásának kimondása 1 pont; a lymphoedema felismerése és a fertőzésre való fogékonyság magyarázata 1 pont; az erysipelas megnevezése jeleivel és a lábápolói megelőző feladatok felsorolása 1 pont. Összesen 6 pont.

4. kérdés

A tárgyszerű leírás így hangozhat: „Mindkét lábszáron száraz, sápadt-szürkés, hámló bőr, a bal lábszáron több, néhány milliméteres, lineáris kaparásnyom, hámhiány nélkül; a jobb nagylábujj körömlemezén az előző alkalommal még nem látott harántbarázda, mintegy 4 mm-re a körömfodortól; kétoldali, benyomható bokaödéma.” Ez a bejegyzés összehasonlítható.

A véralvadásgátló kezelés miatt a legkisebb hámhiány is elhúzódó vérzést okozhat, ezért a technika kímélőbb, a munkamenet rétegzettebb, az eszköz éles és jó állapotú, az erő kisebb, a körömszél rendezése óvatos, a körömsáncot nem feszítem, és a vérzéscsillapítás anyagait előre előkészítem. A kaparásnyomokat nem érintem, hanem dokumentálom, és a bőr ápolásával csökkentem a viszketés okát adó szárazságot; a lábujjközökbe nem kerül zárófilmet képző készítmény. A dialízis napjain a folyadékháztartás és a vérnyomás ingadozik, ezért a lábápolás időpontját ehhez igazítom. A barázdáról így fogalmazok: „A körmén olyan harántbarázdát látok, amilyen néhány hónappal ezelőtti terhelés vagy betegség után szokott megjelenni. Ezt érdemes megemlítenie a kezelőorvosának.” Amit soha nem javaslok: a véralvadásgátló vagy bármely más készítmény elhagyását, felfüggesztését vagy időzítésének megváltoztatását – a gyógyszeres kezelés módosítása orvosi hatáskör.

A második esetben a beavatkozás elmarad. A hirtelen, éjszakai kezdet, a duzzadt, forró, élénkpiros alapízület és a takaró érintését sem tűrő érzékenység olyan heveny gyulladásos állapotra utal, amelynek megítélése orvosi feladat; hasonló képet adhat a bakteriális ízületi gyulladás, a bőr alatti kötőszövet fertőzése, a sérülés és érzészavaros kliensnél a Charcot-láb korai szaka is. Amíg a fertőzés, az akut Charcot-láb vagy más sürgős állapot nincs kizárva, a teljes elektív kezelést fel kell függeszteni, az észlelést tárgyszerűen dokumentálni kell, és aznapi, illetve sürgős orvosi vizsgálatot kell szervezni; akut Charcot-láb gyanújánál a kivizsgálással párhuzamosan a láb terhelésének azonnali csökkentése is szükséges. A harmadik esetben rohammentes időszakról van szó, a kezelés elvégezhető, de a tapintott tophus felett a bőrt kímélem, a nyomást elvezetem, a lábbelit felmérem, a kontrollt sűrítem; ha a képlet felszakad, a seb ellátása orvosi kompetencia.

A tartós kezelések hatása: a szisztémás szteroid elvékonyítja a bőrt, gyakoribbá teszi a felületes bevérzéseket, lassítja a sebgyógyulást és elfedheti a fertőzés jeleit – ezért kisebb erő, húzásmentes technika, óvatos ragasztóeltávolítás, és az a szemlélet, hogy a visszafogottabb bőrpír is komolyabb jelentőségű. A véralvadásgátló mellett a munka rétegzettebb, a hámhiány elkerülése a cél. A kemoterápia körömelszíneződést, harántbarázdát, a lemez leválását és a talpon fájdalmas bőrpírt okozhat; ilyenkor a kezelés a tünetmentes területekre szorítkozik.

Pontozás: a tárgyszerű, összehasonlítható leírás megfogalmazása 1 pont; a véralvadásgátló miatti technikai módosítások megnevezése 1 pont; a dialízis időzítési következménye 1 pont; a harántbarázdáról adott, kompetenciahatárt tartó tájékoztatás és a gyógyszer-módosítás elutasítása 1 pont; a heveny gyulladásos ízületnél a teljes elektív kezelés felfüggesztése indoklással, a lehetséges hátterek említésével és az aznapi orvosi vizsgálat megszervezésével 1 pont; a rohammentes időszak ellátása a tophus feletti bőr kímélésével 1 pont; a szteroid, a véralvadásgátló és a kemoterápia hatásának összefoglalása 1 pont. Összesen 7 pont.

5. kérdés

Az eszköz 10 g-os monofilament: a szál akkor hajlik meg, amikor a nyomás eléri a tíz grammot, ezért az erő nem a vizsgáló kezén múlik. Előtte a kézháton próbaérintést végzek, a vizsgálat során a kliens becsukja a szemét.

A technika: a filamentet merőlegesen helyezem a bőrre, és annyira nyomom, hogy C alakban meghajoljon. A mozdulat egésze – a közelítés, a bőrrel való érintkezés és az eltávolítás együtt – tart körülbelül két másodpercig; nem a meghajlított filamentet tartom két másodpercig a bőrön. Nem csúsztatom végig a bőrön és nem pattintom el.

A vizsgálati pontok lábanként: a nagylábujj talpi felszíne, valamint az I. és az V. lábközépcsontfej alatti terület. A filamentet mindig lágyrészre helyezem, nem csontos kiemelkedésre, és soha nem callusra, hegre, fekélyre vagy elhalt szövetre, mert ott az eredmény nem értékelhető.

Az értékelés pontonként, három kérdésből áll: minden ponton két valódi alkalmazást végzek, és közéjük legalább egy álalkalmazást iktatok, amelynek során kérdezek, de nem érintek. A védőérzés az adott ponton megtartott, ha a kliens a három kérdésből kettőre helyesen válaszol, és kiesett, ha háromból kettőre helytelenül – ez a 2/3-as szabály. Az álalkalmazás nem választható kiegészítés, hanem a protokoll része. A kiesést pontonként állapítom meg; abból

fokozott fekélykockázat, kímélőbb technika, sűrűbb kontroll és szükség szerint továbbirányítás következik. Ami nem következik belőle: a láb egészére vonatkozó besorolás. Azt, hogy fennáll-e a védőérzés elvesztése (LOPS), ezután, az alkalmazott protokoll kritériumai szerint kell megállapítani.

A rezgésérzethez 128 Hz-es hangvillát használok: megütöm, a talpát a nagylábujj körömpercének lábháti, csontos kiemelkedésére helyezem, és a kliens jelzi, mikor nem érzi már; álpróba itt is javasolt. A hőérzetet tip-thermmel ellenőrzöm, a két eltérő hővezetésű véget felváltva érintve. A szemrevételezés és a tapintás a szűrés része: a bőr színe, hőmérséklete és szárazsága, a repedések, a lábujjközök, a callus és az alatta lévő bevérzés, a köröm, a lábujjak állása, a boltozatok, a kézzel áttapintott lábbeli, a verőerek tapintása mindkét oldalon és a két láb hőmérsékletének összehasonlítása; ez utóbbi kézzel szűrő jellegű észlelés, dokumentált méréshez standardizált infravörös bőrhőmérő javasolt.

A dokumentálás mintája: „Monofilament – jobb: nagylábujj 3/3, I. lábközépcsontfej 3/3, V. lábközépcsontfej 1/3 helyes, itt a védőérzés kiesett; bal: mindhárom pont 3/3. Hangvilla: jobb csökkent, bal ép.”

Pontozás: az eszköz jellemzője és az előkészítő próbaérintés 1 pont; a technika helyes leírása azzal, hogy a mozdulat egésze tart körülbelül két másodpercig 1 pont; a három vizsgálati pont és a tiltott felületek megnevezése 1 pont; a pontonkénti két valódi és legalább egy álalkalmazás, valamint a 2/3-as szabály helyes megadása 1 pont; annak kimondása, hogy a kiesést pontonként állapítjuk meg, a láb besorolása pedig ezután, a protokoll kritériumai szerint történik 1 pont; a hangvilla és a tip-therm használatának leírása 1 pont; a szemrevételezés és a tapintás elemei a pontonkénti, számszerű dokumentációs mintával 1 pont. Összesen 7 pont.

6. kérdés

Az első kliens lába a 0. kategóriába tartozik: nincs védőérzés-vesztés és nincs perifériás érbetegség; az ellenőrzés évente javasolt, a lábápolás a szokott módon végezhető, a hangsúly a megelőző tájékoztatáson van. A második kliensnél a védőérzés-vesztés lábdeformitással – karomujjállással – társul, ezért a láb a 2. kategóriába tartozik; az ellenőrzés 3–6 havonta javasolt, a technika kímélőbb, a tehermentesítés fontosabb, és kiemelt figyelmet kap a lábközépcsontfejek alatti terület, az ujjbegyek és az ujjak háti felszíne. A harmadik kliensnél a védőérzés-vesztés mellett a kórelőzményben talpi fekély szerepel, ezért a láb a 3. kategóriába tartozik; az ellenőrzés 1–3 havonta javasolt, és a gyógyult fekély helye tartós tehermentesítést igényel.

A megadott időközök tájékoztató keretek. A tényleges gyakoriságot az alkalmazott irányelv és az orvosi javaslat együtt határozza meg, és több körülmény módosítja: a kliens önellátási képessége és látása, van-e otthon segítője, milyen a lábbeli minősége és a szociális háttér, történt-e a közelmúltban változás a láb állapotában. Új tehermentesítő, új lábbeli, kezelés közben keletkezett sérülés vagy callus alatti bevérzés után az ellenőrzés napokon belül esedékes. A besorolás nem egyszeri címke: minden alkalommal újra kell értékelni.

A harmadik kliensnél a vékonyítást ott befejezem. A sötét bevérzés fekély előtti (praeulceratív) jel: a nyomás és a nyírás már a szaruréteg alatti szöveteket károsította. A

helyzetet két körülmény súlyosbítja: a kliens nem érzi a területet, és a közeli hegszövet kevésbé teherbíró. Lágy, nyomáselosztó elemet választok, a terhelést a pontot körülvevő vagy mögötte elhelyezkedő megtámasztással vezetem el; az ablak méretét a nyomópont kiterjedése, a lágyrészek állapota és a lábbeli belső tere szabja meg, a szél soha nem eshet a pontra, a perem elvékonyított, a rögzítés nem körkörös, és a felhelyezést járáspróba zárja. A lábbelit és a zoknit áttapintom.

Ez a jel gyors, lehetőleg napokon belüli továbbirányítást igényel megfelelően képzett egészségügyi szakemberhez; a tehermentesítő és a néhány napon belüli kontroll ezt kiegészíti, nem helyettesíti. A továbbirányítás akkor hasznos, ha konkrét: „Bal talp, az V. lábközépcsontfej alatt, a gyógyult fekély helyétől mintegy 2 cm-re 12 mm-es callus, alatta sötét bevérzés, a terület nem fájdalmas; monofilamenttel a három talpi pontból kettőn a védőérzés kiesett; 3. kategória; a vékonyítást felfüggesztettem, tehermentesítés felhelyezve, sürgős vizsgálatot javaslok.”

Pontozás: a három láb helyes besorolása a 0., a 2. és a 3. kategóriába 1 pont; a besoroláshoz tartozó ellenőrzési keretek megadása 1 pont; annak kimondása, hogy az időközök tájékoztató keretek, legalább négy módosító körülménnyel 1 pont; a vékonyítás befejezése a bevérzés praeulceratív jelentésének indoklásával 1 pont; a tehermentesítés tervezése az ablak méretét meghatározó tényezőkkel és a járáspróbával 1 pont; a napokon belüli továbbirányítás sürgősségének kimondása és a konkrét, adatolt tartalom 1 pont. Összesen 6 pont.

7. kérdés

A meglévő, váladékozó, nem gyógyuló seb ellátása orvosi, illetve sebkezelői kompetencia. Fokozott kockázatú, cukorbeteg lábon minden meglévő fekély és minden nyílt bőrhiány egészségügyi vizsgálatot igényel, akkor is, ha apró vagy fájdalmatlan. A seb környékét nem manipulálom, tárgyszerűen leírom – helye, mérete, a széle, a váladék, a környező bőr, a szag, a terjedő bőrpír –, a klienst tájékoztatom, továbbirányítom és dokumentálok. A fedésről a seb állapota és az alkalmazott ellátási protokoll alapján kell dönteni; a nemzetközi irányelv alapellátásként a váladékot felszívó, a nedves sebgyógyulási környezetet fenntartó kötést írja le. Az ép bőrön végzett ellátás csak akkor jöhet szóba, ha a sürgősségi helyzet rendezett, és a helyi protokoll, illetve a kezelőorvos ezt lehetővé teszi.

A kezelés közben keletkező kisebb hámhiány más kategória: ennek elsősegély jellegű ellátása a lábápoló feladata. A vér színe és az áramlás jellege a gyakorlatban nem elég megbízható osztályozási alap, ezért minden vérzésnél azonos a kiindulás: folyamatos, közvetlen nyomás steril lappal a vérzés helyére, a végtag nyugalomba helyezése, majd a seb megtekintése. Ha a vérzés erős, lövellő, vagy a nyomás mellett sem csillapodik, sürgősségi segítséget kell hívni. Nincs általánosan megadható, minden esetben elegendő kompressziós időtartam. Ezután a felszínt sebfelszínen alkalmazható készítménnyel tisztítom, sterilen fedem, tájékoztatok a figyelendő jelekről, és napokon belülre időzítem az ellenőrzést; a sérülés tényét és az ellátás módját dokumentálom. Vérzéscsillapításra nem alkalmazok erősen savas szövetkoagulánst, különösen nem érzészavaros vagy keringészavaros lábon.

A tehermentesítés feladata azért nem ér véget a gyógyulással, mert a fekélyt okozó kóros nyomás nem szűnt meg, a hegszövet pedig kevésbé teherbíró; a recidiva kockázata

számottevő. Szóba jön lágy, nyomáselosztó betét, egyedi méretvétel alapján készült talpbetét mint szakorvosi javaslathoz kötött gyógyászati segédeszköz, a nyomópont körüli ablak, szilikonelemek és a megfelelő lábbeli. Az ablak méretét a nyomópont kiterjedése, a lágyrészek állapota és a lábbeli belső tere dönti el. A lábbeli belső hossza terhelés alatt is hagyjon szabad teret a leghosszabb ujj előtt, szélessége fogadja be az előlábat szorítás nélkül, az orr magas és lekerekített, a belső varrás minimális, a sarokrész stabil. A zokni legyen varrás nélküli vagy lapos varrású, nedvszívó, szorító perem nélküli, naponta cserélt; a világos színen a váladék nyoma rögtön észrevehető.

Pontozás: a meglévő fekély kompetenciahatárának kimondása azzal, hogy minden nyílt bőrhiány egészségügyi vizsgálatot igényel 1 pont; a sebfedésről szóló döntés helyes megalapozása a nedves sebgyógyulási környezetet fenntartó kötéssel 1 pont; a kezelés közbeni sérülés ellátásának menete a folyamatos, közvetlen nyomással 1 pont; annak kimondása, hogy a szín és az áramlás nem megbízható osztályozási alap, és hogy nincs általánosan elegendő kompressziós időtartam, a sürgősségi segítséghívás feltételével 1 pont; a szövetkoaguláns elutasítása 1 pont; a gyógyult fekély tartós tehermentesítése a megoldások felsorolásával, valamint a lábbeli és a zokni követelményeivel 1 pont. Összesen 6 pont.

8. kérdés

Az érvelés három ponton hibás. Először: nem minden cukorbeteg lába veszélyeztetett, és az érzészavar nem automatikus következmény – a láb kockázatát az anyagcserehelyzet, a betegség fennállásának ideje és a már kialakult szövődmények, az idegkárosodás és a perifériás érbetegség határozzák meg. Másodszor: a lassú sebgyógyulás és a fokozott fertőzéshajlam sem törvényszerű; ezek kockázata rossz anyagcserehelyzetben, hosszú betegségtartam mellett és kialakult szövődmény esetén emelkedik. Harmadszor: éppen az következik ebből, aminek az ellenkezőjét a kliens levonja – ha a kockázat állapotfüggő, akkor befolyásolható. A válaszom: „Nem minden cukorbeteg lába veszélyeztetett, és ránézésre nem lehet megmondani, hol tart az Öné – ezért van a szűrés. Ma megvizsgálom az érzését, a keringését és a bőrét, és utána megmondom, mire kell figyelnie.”

Az otthoni emlékeztető nyolc pontja: nézze meg a lábát minden nap, mert a sérülés érzéketlen lábon fájdalom nélkül keletkezik; zsírozza naponta a száraz bőrt, mert a repedés fertőzési kapu; a lábujjközöket törölje szárazra, de oda ne tegyen hidratálót, mert a felpuhult bőr berepedhet; a körmöt egyenesre rendezze, mert a kivájt sarok benőtt körömhöz vezet; ne járjon mezítláb, mert a talpon lévő apró tárgy nem fáj, csak sebet okoz; felhúzás előtt tapintsa végig a cipője belsejét, mert egy kavics napok alatt fekélyt okoz; kerülje a hőforrásokat, mert az érzéketlen láb égési sérülést szenved, mielőtt fájdalmat érezne; végül új seb, hólyag, bevérzés, terjedő bőrpír vagy láz esetén azonnal forduljon orvoshoz.

Két helyzet sürgősségi. Az egyik az akut Charcot-láb gyanúja: meleg, duzzadt, vörös láb, a két oldal szembetűnő hőmérséklet-különbségével, gyakran csak mérsékelt fájdalommal. Ez sürgős orvosi kivizsgálást igényel, és a kivizsgálás megtörténtéig a láb terhelésének gyors csökkentése is szükséges; ennek módjáról az ellátó orvos dönt, én javaslom a terhelés csökkentését. A két láb hőmérsékletének kézzel történő összehasonlítása szűrő jellegű észlelés; dokumentált méréshez standardizált infravörös bőrhőmérő javasolt. A másik a

fertőzés gyanúja: terjedő, meleg bőrpír, duzzanat, szagos váladék, láz, a vércukorérték magyarázat nélküli emelkedése. Mindkét esetben a beavatkozás elmarad, az észlelést dokumentálom, a klienst tájékoztatom, és megszervezem, hogy tudja, hova és milyen sürgősséggel kell fordulnia.

Az oktatás eredményességét visszakérdezéssel ellenőrzöm: nem azt kérdezem, hogy „megértette-e”, hanem azt, hogy „mit fog otthon másképp csinálni holnaptól”, és megkérem, nevezze meg azt a három jelet, amelynél soron kívül jelentkezik. A választ dokumentálom.

Pontozás: az érvelés három hibás elemének tételes cáfolata 1 pont; a kockázatot valóban meghatározó tényezők megnevezése 1 pont; a klienshez szóló, motivációt megtartó válasz megfogalmazása 1 pont; a nyolc pontból álló emlékeztető indoklásokkal 1 pont; az akut Charcot-láb gyanújának jelei, a sürgős kivizsgálás és a terhelés gyors csökkentése, a hőmérséklet-mérés helyes megítélésével 1 pont; a fertőzés gyanújának jelei és a mindkét helyzetre azonos eljárás, valamint a visszakérdezéses ellenőrzés 1 pont. Összesen 6 pont.

A 2. házi feladat pontozási összesítője

Kérdés	**1.**	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**Össz.**
Elérhető pont	6	6	6	7	7	6	6	6	50