

u dospělých a dětí starších než 2 měsíce téměř všemi aktuálními doporučenými postupy. Na trhu jsou dostupné dva různé nosiče CHG – gel a polyuretanová pěna, ze kterých je CHG postupně uvolňován (Obr. 4). Obě formy mají své výhody a nevýhody (transparence vs. schopnost absorpce a prodyšnost) a jejich porovnání bylo věnováno několik studií bez jasného závěru. Je nutné zdůraznit nutnost výměny krytí při prokrvácení nebo profuzním pocení – při zvlhčení gelu/polyuretanového disku dochází k rychlejšímu uvolňování CHG a častému výskytu dermatitid. Kontroverzní je též často zmiňovaná možná interakce mezi tkáňovým lepidlem a CHG, která může vést též k rychlejšímu uvolňování CHG. Evidence k tomuto jevu je minimální. Přesto řada kanylálních center a také konsensus odborné společnosti GAVECeLT pro intenzivní péči [9] nyní preferují použití pouze tkáňového lepidla bez nosiče CHG při primárním ošetření žilního vstupu, a aplikaci CHG až od prvního převazu. Zmíněné interakci se dá téměř jistě vyhnout dostatečným časem na polymerizaci lepidla před přiložením materiálu s CHG.

Obr. 4. Tegaderm™ CHG, Biopatch® (archiv autorů)



Krycí fólie

Výchozí volbou krytí, používanou na všechny typy žilních vstupů, je transparentní semipermeabilní fólie. Většina doporučení připouští krytí sterilní gázou s výměnou po 24–48 hodinách, ale tento postup je používán vzácně – pouze v případech výraznějšího krvácení nebo sekrece z exit site. Dodržení minimální traumatizace kůže během zavádění CICC a aplikace tkáňového lepidla prakticky eliminovaly krvácení z exit site po kanylaci a umožňují u většiny pacientů bezprostředně přiložit definitivní krytí. Je třeba zdůraznit specifický postup při přikládání a lepení fólií – materiál musí být volně přiložen na kůži a poté nalepen, jinak dochází ke střížným poraněním pokožky. Fólie některých výrobců obsahují termolabilní lepidla, která jsou aktivována až po zahřátí na tělesnou teplotu. Standardní doba výměny krycí fólie a prvku s CHG je 7 dní, případně ihned při výskytu sekrece či krvácení z exit site, nebo nepřílnutí fólie. V této souvislosti by měl být zmíněn pojem MARSÍ (Medical Adhesive Related Skin Injury) – jde o kožní poranění, způsobené chybným přiložením fólie nebo fixačního zámku nebo intolerancí medicínálních adheziv. Častější výskyt, zejm. intolerancí pozorujeme u středně- a dlouhodobých katétrů. Pacienti s tímto postižením vyžadují specifické ošetrovatelské postupy a materiály (bezalkoholové dezinfekce, obklady dezinfekčními roztoky, krytí na bázi silikonu bez adheziv). MARSÍ může být snadno zaměněno s infekcí exit site a není indikací k extrakci cévního vstupu. Péče o tyto pacienty může

být dlouhodobá a nákladná, při nejistotě je postup vhodné konzultovat s kanylálním centrem.

Obr. 5. MARSÍ (archiv autorů)



Primární ošetření CICC

Postup primárního ošetření po zavedení katétru by měl být dán institucionálním standardem. Po zavedení a uložení katétru do správné polohy (viz [2]) nasadíme na všechna lumen bezjehlové konektory, provedeme proplach všech lumen metodou start–stop. Poté aplikujeme některý typ bezstehové fixace, dále tkáňové lepidlo na místo výstupu katétru z kůže a poskytneme dostatek času na jeho polymerizaci. Poté přiložíme a nalepíme transparentní polopropustnou fólii. Jak bylo zmíněno výše, dle aktuálních doporučení [9] není při primárním ošetření aplikace CHG ve formě gelu nebo pěny nutná. Fólii označíme datem zavedení vstupu a provedeme záznam do dokumentace. Tento postup

Obr. 6. Definitivně ošetřený CICC (archiv autorů)

