

Leczenie ran – opieka pielęgniarska

mgr Brygida Frymark

specjalistka piel. chirurgicznego

„Rana” to pojęcie, które ściśle związane jest z procesem gojenia i leczenia rany. Proces gojenia się rany to naturalne zjawisko naprawcze organizmu, niezależnie od czynników je wywołujących. Natomiast leczenie rany to wszystkie czynności wspomagające gojenie rany, podejmowane przez wykwalifikowany personel medyczny.

Rany przewlekłe gojące się dłużej niż 8 tygodni wymagają od zespołów leczących wiedzy na temat złożonych procesów gojenia się rany i czynników mających wpływ na ten proces. Czynniki wpływające na proces leczenia ran dzielimy na ogólne i miejscowe. Do czynników ogólnoustrojowych zaliczamy: podeszły wiek, unieruchomienie, niewydolność tętniczą i żylną, cukrzycę, niedożywienie, choroby nowotworowe, niewydolność oddechową, nadkrzepliwość krwi, otyłość, trudną sytuację finansową, hipalbuminemię, leki (immunosupresyjne, cytostatyczne, przeciwzapalne, antykoagulanty, sterydowe). Do czynników miejscowych zaliczamy: tzw. suche środowisko rany, obecność tkanki martwiczej, lokalny ucisk/tarcie, infekcja rany, częste urazy mechaniczne, obecność ciała obcego.

Gojenie ran jest procesem biologicznym, złożonym i uporządkowanym, a odbudowa uszkodzonych tkanek jest efektem końcowym.

Istotną rolę w opiece nad chorym z raną przewlekłą, jak i ostrą, pełni pielęgniarka z udziałem innych członków zespołu terapeutycznego, co stanowi klucz do całkowitego wygojenia rany.

Pielęgniarka zapewnia pełną opiekę nad pacjentem i jego raną. Przeprowadza szczegółowy wywiad z pacjentem i jego rodziną, by uzyskać jak najwięcej informacji, które posłużą do zdiagnozowania problemów pielęgnacyjnych pacjenta z raną, ustalenia celów

opieki i zastosowania odpowiedniego planu opieki, pielęgnacji rany.

Wywiad pielęgniarski zawiera wiedzę na temat: wieku rany, powodu powstania rany (czy był uraz), obecność chorób współistniejących, dolegliwości bólowych i dotychczasowe leczenie rany.

Pielęgniarka ocenia klinicznie ranę, miejsce powstania, wielkość rany i głębokość, dno rany i brzegi rany oraz wygląd otaczającej ją skóry. Umieszczenie rany pomoże pielęgniarce poznać etiopatogenezę rany, wskaże drogę do leczenia przyczynowego, by mogła wyeliminować czynniki, które doprowadziły do powstania tej rany. Wielkość rany, jej ocena jest elementem, który pomoże nam w ustaleniu sposobu leczenia rany. Ocena brzegów rany pozwala na uściślenie etiologii i utwierdzi nas co do prawidłowego procesu gojenia się rany. Równe, płaskie brzegi rany to prawidłowy proces gojenia, zaś pogrubiałe, przerośnięte, obrzęknięte świadczą o gojeniu zaburzonym. Ocena głębokości rany ma na celu określenie stopnia zaawansowania rany. Im głębsze ubytki tkanek, tym większy stopień zaawansowania rany. Ocena dna rany informuje o możliwych powikłaniach w ranie. Ocena skóry wokół rany pozwala ocenić etiologię rany, prawidłowy dobór opatrunku na ranę i jakość zastosowanego leczenia. Systematyczna ocena rany i skóry wokół rany pozwoli nam zaobserwować niepokojące zmiany i w razie konieczności zmodyfikować leczenie rany. Bardzo istotna jest też umiejętność diagnozowania zakażenia rany, które spowalnia proces jej gojenia. Gdy zaobserwujemy cechy zakażenia rany wprowadzamy zasadę pielęgnacji rany bazującą na strategii TIME (T – *tissue debridement*, I – *infection and inflammation control*, M – *moisture balance*, E – *epidermization stimulation*).

Strategia TIME to holistyczne podejście, które uwzględnia wszystkie przyczyny rozwoju i przewlekłości rany wraz z czynnikami wpływającymi na jej gojenie.

By odpowiednio leczyć ranę pielęgniarka skupia się nie tylko na miejscowej terapii rany, lecz także bierze pod uwagę czynniki, które ją wywołały, czyli leczenie przyczynowe.

Do etapów postępowania z raną zaliczamy: oczyszczenie rany (lawaseptyka), zastosowanie antyseptyku, ochrona skóry, zastosowanie opatrunku specjalistycznego.

Pielęgniarka zakłada i prowadzi dokumentację medyczną, uwzględniając: plan pielęgnowania, ocenę działań pielęgniarskich, oceny stopnia dolegliwości bólowych oraz wykonywanych zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych.

Pielęgniarka edukuje chorego i jego rodzinę, celem edukacji jest przygotowanie pacjenta i jego rodzinę do samoopieki i samopielęgnowania, jak również omówienie profilaktyki zapobiegającej nawrotom w przypadku ran przewlekłych.

Pielęgniarka zapewnia wsparcie emocjonalne, stanowi źródło poczucia bezpieczeństwa dla pacjenta i jego rodziny.

Posługując się opatrunkami specjalistycznymi, zapewnia wilgotne środowisko w procesie gojenia się rany. Opatrunek specjalistyczny spełniają takie funkcje w leczeniu ran jak: funkcja osłaniająca, absorbcyjna, lecznicza, uciskowa, regulacyjna. Według Turnera idealny opatrunek utrzymuje właściwą wilgotność w ranie, odpowiednią, stałą temperaturę, likwiduje nadmiar wysięku, łatwy do zmiany i brak konieczności częstej zmiany, nie przywiera do rany, cechuje się przepuszczalnością dla gazów, nieprzenikalnością dla drobnoustrojów chorobotwórczych, nie toksycznością oraz hipoaergiczną, zdolnością do ochrony przed szkodliwym środowiskiem zewnętrznym. Wnikliwa ocena rany pod względem: postaci rany i jej głębokości, fazy gojenia, obecności wysięku i jego intensywności oraz obecność zakażenia, pozwala pielęgniarce na prawidłowy dobór opatrunku do rany.

Całościowe podejście do pacjenta z raną w procesie leczenia ran opiera się

na dostępie do nowoczesnych opatrunków, kompleksowej terapii przyczynowej, jak również na kompetencjach, doświadczeniu i umiejętnościach działania pielęgniarki i pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

Plan opieki nad pacjentem z owrzodzeniem w zespole stopy cukrzycowej.

1. Ocena ukrwienia stopy

a) u każdego pacjenta z cechami niedokrwienia kończyny dolnej wskazane jest wykonanie USG dopplerowskiego,

b) w zależności od wyniku konsultacja chirurga naczyniowego.

2. Chirurgiczne opracowanie rany

a) wokół większości ran powstają modzele, które trzeba usuwać,

b) dopiero po usunięciu modzela można ocenić wielkość rany (długość, szerokość i głębokość).

3. Ocena współistnienia zakażenia

a) w każdym przypadku podejrzenia infekcji należy pobrać materiał do badania mikrobiologicznego.

4. Zasady pielęgnacji rany i wybór odpowiedniego opatrunku

5. Odciążanie kończyny, to jeden z elementów różniących postępowanie u osób z owrzodzeniem w przebiegu stopy cukrzycowej od leczenia ran przewlekłych u pozostałych osób z raną przewlekłą

6. Ocena stanu pacjenta pod względem metabolicznym i edukacja

a) należy zwrócić uwagę na poziom glikemii, niewyrównany poziom glikemii może świadczyć o zakażeniu rany,

b) pacjentowi wyjaśniamy technikę zmiany opatrunku,

c) informujemy, jakie objawy wzbudzają niepokój i są sygnałem do kontaktu z zespołem leczącym,

d) udzielamy informacji na temat profilaktyki w zespole stopy cukrzycowej.

Literatura:

1. Szewczyk M.T., Jawień A., *Leczenie ran przewlekłych*, PZWL, Warszawa 2012.
2. Bartoszewicz M., Junka A., *Leczenie miejscowe rany przewlekłej objęte procesem infekcyjnym w świetle obowiązujących wytycznych*, *Leczenie ran* 2012; 9(3):93–97.