

*Pieni tietopaketti
painehaavoista
hoitohenkilökunnalle*

SISÄLLYSLUETTELO

• IHO	3
• HAAVA	4
• HAAVAN LUOKITTELU	5
• HAAVAN PARANEMINEN	6
• PAINHAAVA JA DIAGNOSTIIKKA	7-8
• SYVYYSLUOKITUS	9-10
• PAINHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY	11
• PAINHAAVAN HOITO	12
• LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO	13

IHO

- Iho on ihmisen suurin elin. Se on pinta- altaan noin kaksi neliömetriä. Iho pystyy aistimaan kylmää, lämmintä, kipua, painetta ja tuntoa.
- Iho toimii D- vitamiinin valmistuspaikkana ja suojaa ihoa UV- säteilyltä ja monilta eri taudinaiheuttajilta. Iholla on myös tärkeä tehtävä elimistön neste- ja rasvavarastona sekä lämmönsäätelyssä.

HAAVA

- Haavat jaetaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin. Haavat jaotellaan akuutteihin ja kroonisiin haavoihin niiden aiheuttajan, iän, keston ja paranemisprosessin perusteella.
- Akuutti haava on leikkauksen tai trauman seurauksena syntynyt vamma. Akuutti haava paranee tavallisesti ilman komplikaatioita normaalin paranemisprosessin olettamassa ajassa. Akuutteja haavoja on mm. purema, - palovamma- ja ampumahaavat.
- Krooninen haava eli ulkus syntyy seurauksena elimistön sisäisestä sairaudesta, johon saattaa liittyä myös ulkoinen trauma. Haavat jotka eivät ole parantuneet 2-3 kuukaudessa, niiden paraneminen on hankalaa tai ne uusiutuvat samaan paikkaan määritellään kroonisiksi haavoiksi.

HAAVAN LUOKITTELU

- Haavaluokituksia on olemassa useita, mm. syvyys- ja asteluokitus joiden avulla luokitellaan haavojen vakavuus. On olemassa myös väriluokitus. Suomen haavanhoitoyhdistys ry:n asiantuntijaryhmä on kehittänyt VPK-M-väriluokituksen. Lyhenne tulee sanoista **va**aleanpunainen, **p**unainen, **k**eltainen, **m**usta.

VPK- M väriluokitus	
Vaaleanpunainen	Epitelisaatiokudosta. Epiteeli kasvaa haavareunalta ja karvatuppien ympäriltä muodostaen vaaleanpunaisia saarekkeita.
Punainen	Granulaatiokudosta. Haava on puhdistunut epätoivotusta kudoksesta. Pinta on ryynimäinen ja kirkkaanpunainen. Haava saattaa erittää runsaasti ja olla infektoitunut.
Keltainen	Fibriinikudosta. Fibriinikudos voi olla väriltään kermanvalkoisesta keltavihreään. Kudos saattaa olla paksua, sitkeää tai kuollutta. Saattaa erittää ja olla infektoitunut ja märkäinen.
Musta	Nekroottinen. Kudos on elotonta, tarttunut kiinni tai kuollutta kudosta. Alue voi olla erittävä ja kuiva, infektoitunut ja märkäinen.

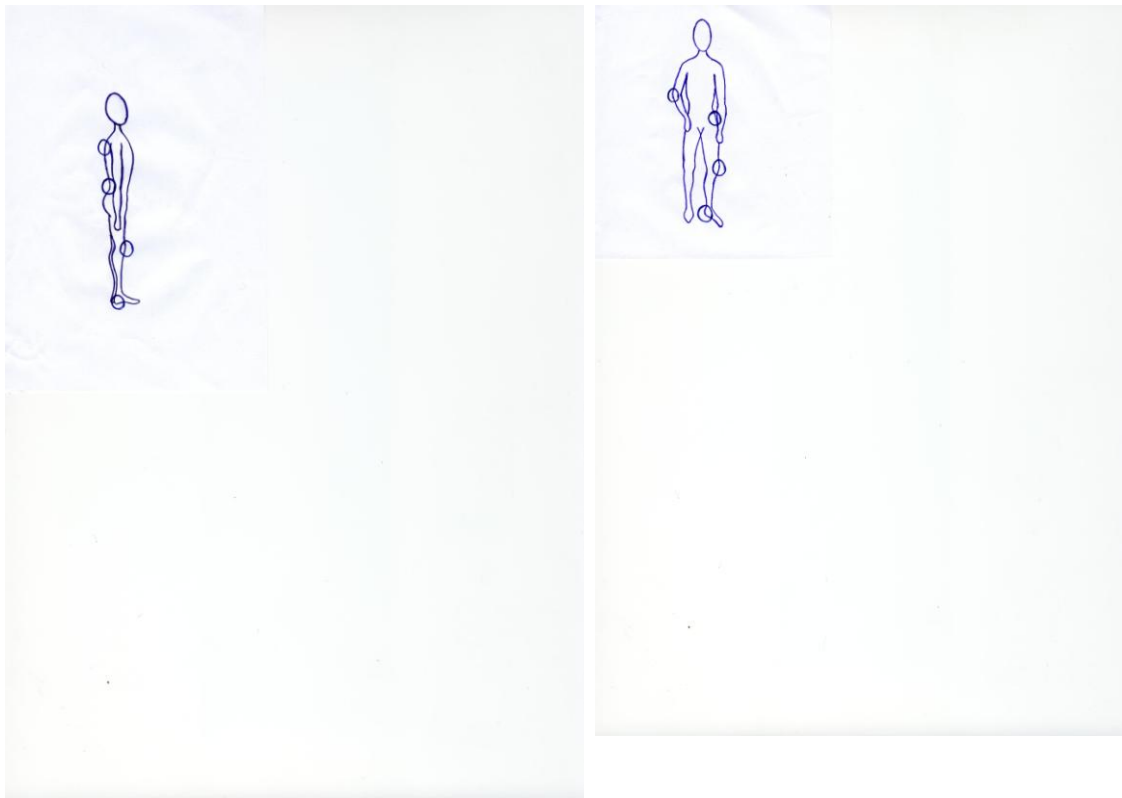
HAAVAN PARANEMINEN

- Haavan paraneminen käsittää kolme vaihetta: inflammaatio-, proliferaatio- ja maturaatiovaiheet.
- Inflammaatio- eli tulehdusvaihe on ensimmäinen reaktio kudonvauriolle. Inflammaation ensisijainen tehtävä on suojata elimistöä lisävaurioilta sekä puhdistaa haava kuolleista soluista ja soluväliaineista.
- Proliferaatio- eli uudelleenmuodostumisvaihe sisältää granulaatiokudoksen kasvun, haavareunojen lähentymisen sekä epiteelin yhteen kasvamisen. Maturaatio- eli kypsymisvaihe alkaa proliferaatiovaiheen jälkeen. Kypsymisvaiheessa kollageenin rakenne sidekudoksissa vahvistuu ja kiinteytyy.
- Haavan paranemiseen vaikuttavat paikalliset, systemaattiset ja psykososiaaliset tekijät.
- Paikallisia tekijöitä ovat: haavan sijainti ja syvyys, koko, pH, maseroituminen, haavan lämpötila ja kosteus, kudosten happipitoisuus, vierasaine tai –esine, haavainfektio, nekroottinen kudos, serooma tai hematooma, haavan repeäminen, arpikudoksen epänormaali muodostuminen ja arven liikakasvu. Turvotus, mekaaninen ärsytys ja sädehoito ovat myös paikallisia tekijöitä.
- Systemaattisia tekijöitä ovat: potilaan muut sairaudet, niiden hoito ja potilaan ikä.
- Psykososiaalisia tekijöitä ovat mm.: stressi, haavan hoitoon sitoutuminen, tupakointi, huumeiden ja alkoholin käyttö, sekä ravitsemus.

PAINHAAVA JA DIAGNOSTIIKKA

- Painehaavan synnyssä tärkein tekijä on pitkittynyt paine. Paineen lisäksi kitka ja kudosten altistuminen venytykselle ja hankaukselle altistavat painehaavalle.
- Painehaavoille alttiita paikkoja ovat kohdat jossa luu on lähellä ihon pintaa. Tyypillisimpiä paikkoja ovat kantapää, kyynärpäät, polvet, takaraivo, ristiselkä ja häntäluu, lonkat, suoliluun harjanne, istuinkyhmyt sekä nilkan luut.

Painehaavan tyyppipaikat:



- Diagnoosia tehtäessä arvioidaan haavan koko, syvyys, infektio sekä nekroosin aste. Haavaa voidaan myös valokuvata, tämä helpottaa paranemisen arviointia.
- Alkuvaiheen rutiinilaboratoriokokeisiin kuuluvat mm. bakteeriviljely ja CRP. Ravitsemustilaa voidaan arvioida seerumin albumiinin tai prealbumiinin avulla.
- Diagnostiikan apuna painehaavaluokituksessa voidaan käyttää EPUAP:in (European Pressure Ulcer Advisory Panel) syvyysluokitusta. Syvyysluokituksessa on asteet I-IV, joilla ilmoitetaan haavan syvyys. Lisää tietoa Internet osoitteessa: <http://www.epuap.org/>

SYVYYSLUOKITUS

Aste	Hoito
I- aste	Iho on ehjä, mutta punoittava. Punoitus ei katoa asentoa vaihtamalla. Ihon turvotus, kuumotus tai värin muutos saattaa olla merkki painehaavasta. Punoittava alue tulee suojata kosteudelta ja hankautumiselta.
II- aste	Iho on osittain rikki tai vaurioitunut. Vaurio yltää epidermikseen tai dermikseen saakka. Haava muistuttaa rakkulaa tai hiertymää. Kun paine poistetaan vaurioituneelta ihoalueelta, haava paranee konservatiivisella hoidolla
III- aste	Vaurio ylettyy ihon syvimpiin kerroksiin. Ihonalainen kudokse saattaa olla nekroosissa ja haava saattaa yltää lihaksen peitinkalvoon saakka. Kuollut kudokse tulee poistaa ja huolehtia ettei haavalle asetu painetta
IV- aste	Ihokudos on laajalti tuhoutunut. Kudoksissa voi olla nekroosia tai vaurio yltää jänteisiin, lihakseen tai luuhun. Paine tulee poistaa haavalta. Tärkeää on poistaa infektiö. Haavan paranemiseen tarvitaan korjausleikkaus

I-aste



II- aste



III- aste



IV- aste



Kuvat: Kirsi Nieminen ©

PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY

- Painehaavojen ennaltaehkäisyssä tärkeä lähtökohta on riskipotilaiden tunnistaminen.
- Riskipotilaat tunnistetaan riskiluokitusmittareiden avulla. Tunnetuin riskiluokitusmittari on Bradenin asteikko, siinä on kuusi osatekijää ja se pisteytetään 6-23 pisteeseen. Terve ihminen saa 23 pistettä. Bradenin riskiluokitusasteikko liitteenä.
- Kun painehaavalle altis potilas on tunnistettu, voidaan painehaavan syntyä ehkäistä mm. asentohoidoilla, päivittäisellä hygienian hoidolla, ravitsemuksella sekä erilaisilla apuvälineillä.
- Asentohoidon tarkoituksena on saada paine ja sen vaikutukset mahdollisimman vähäiseksi luu- ulokekohtiin. Vuodepotilas tuetaan vuoteessa noin 30 asteen kulmaan tyynyjen avulla, jotta paine jakautuisi lantion alueelle mahdollisimman leveästi. Asentohoitoja olisi hyvä tehdä 1-2 tunnin välein.
- Asentohoidoissa voidaan käyttää apuvälineitä mm. liukupatjaa, nostolakanaa ja nostolaitetta. On myös erilaisia patjoja, jotka toimivat apuvälineenä painehaavan ennaltaehkäisyssä poistamalla painetta.
- Päivittäinen hygienian hoito ehkäisee painehaavan syntyä. Pesun jälkeen on pidettävä huolta että iho ei jää kosteaksi, sillä kostea iho hautuu ja hankautuu herkästi. Normaalisti ihon pH on 3-6 eli hapan. Ihon ollessa hapan bakteerien kasvu pysyy hallinnassa.
- Kuivaa ihoa olisi hyvä rasvata perusvoiteella. Henkilökohtaisen hygienian hoitoa tulisi korostaa jos potilas hikoilee, kuumeilee tai kärsii inkontinenssivaivoista.
- Ravitsemustilan arviointi on ravitsemushoidon lähtökohta. Huomioonotettavia seikkoja ovat mm. painoindeksi, suoliston toiminta (oksentelu, ripuli), hampaiden kunto ja ruokahalu.
- Kudosten korjautumiseen ja uudelleen muodostumiseen tarvitaan valkuaisaineita, rasvaa ja hiilihydraatteja. Elimistö käyttää energiantuotantoon rasva- ja lihaskudosta jos ravinnon energianmäärä on riittämätön.

PAINAHAAVAN HOITO

- Painehaavaa voidaan hoitaa konservatiivisesti, jolloin hoitolinjan tavoite on poistaa kuollut kudos ja märkä haavalta paikallishoidon keinoin.
- Potilaan ravitsemustilaa ja yleiskuntoa pyritään parantamaan ja perussairauksia hoitamaan. Ruuan tulisi sisältää tarvittava määrä kaloreita, proteiineja ja aminohappoja. Lisäravinteet on myös hyvä sisällyttää ruokavalioon, jotta haavan paraneminen edistyisi.
- EPUAPin painehaavaluokituksessa asteet I-II voidaan hoitaa vielä konservatiivisesti
- Laajoissa ja syvissä III-IV asteen painehaavoissa tulee kyseeseen kirurginen hoito. Varsinkin jos haavan parantuminen ei ole edistynyt 2-3 kuukaudessa.
- Kuollut kudos voidaan poistaa kirurgisesti (revisio). Toimenpide voidaan suorittaa ilman anestesiaa käyttäen pinsettejä ja veistä. Jos painehaavassa olevaan nekroosiin liittyy infektiota, kyseeseen saattaa tulla leikkaussalissa tehtävä perusteellisempi revisio.
- Periaatteet painehaavakirurgiassa ovat vakiintuneet. Painehaava leikataan pois terveen kudoksen myötäisesti, mikäli on tarpeen, myös luu- uloke haavan kohdalla taltataan matalammaksi. Tästä syntynyt massiivinen kudospuutos peitetään tukevalla kudoksella, se tarkoittaa paikallista iho- lihaskielekettä, eli tervettä ihoa ja sen alapuolella olevaa rasvakudosta ja lihaksia siirretään haavalle.

LEIKKAUKSEN JÄLKEINEN HOITO

- Kielekettä ei saa venyttää mekaanisesti tai kuormittaa 3-4 viikkoon.
- Kielekeleikatulla potilaalla on oltava käytössään painehaavapatja, joka on suunniteltu korkean riskinluokan potilaille.
- Potilaalle tiputetaan suonensisäistä antibioottia, jota jatketaan noin viisi vuorokautta leikkauksesta.
- Haavadreenin saa poistaa 2-3 vuorokautta leikkauksen jälkeen. Hakaset tai ompeleet poistetaan haavalta 10-14 vuorokauden kuluttua.
- Leikkaushaavan ollessa inkontinenssialueella on tärkeää suojata haavat sidoksella joka ei päästä eritettä lävitseen, muutoin haava- alueella ei tarvitse pitää sidoksia, jollei haava eritä.

Kuvat: Kirsi Nieminen ©

Lisää tietoa Meri, L. & Tonteri, O. 2010. Painehaava voi yllättää – pieni tietopaketti painehaavoista hoitohenkilökunnalle. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.