

- Renata Wukłowska

25-26.04.2020

Pracownia umiejętności zawodowych. O.M.

1. - Zapobieganie skutkom długotrwałego umieruchomienia w obszarze
włt. kostno- stawowego, oddechowego, krążenia.

Poruszanie się - potrzeba ruchu.

Wszystkie funkcje i czynności ciała człowieka związane są z ruchem.

Procesy fizyczne i psychiczne z góry posiadają zdolność poruszania się. Umożliwiają mobilność i niezależność.

Ruch ciała składa się z:

- aktywnej pracy mięśni
- koordynacji mięśni, więzadeł i stawów
- odbierania, przewodzenia i opracowywania bodźców.

Nieograniczone ruchy są wtedy gdy:

- możliwe są we wszystkich kierunkach
- wykonywane są przy prawidłowym napięciu mięśni
- są skoordynowane.
- kontrolowane są przez ciało, by postawa ciała była dostosowana do ruchu i otoczenia.

Jest 8 możliwych ruchów w stawach:

- zginanie i prostowanie

- przywodzenie i odwodzenie
- rotacja wewnętrzna i zewnętrzna
- przedźwignięcie i tyłozwignięcie

Ogólne cele opieki

- Zachowanie, wspomaganie i poprawa ruchomości w zakresie pozostałych stawów
- Prewencyjne i zapobieganie ograniczeniom ruchomości
- Rozpoznanie i zmniejszenie ryzyka upadków
- Opieka aktywizująca
- Zachowanie możliwie największej samodzielności ruchowej
- Zaakceptowanie środków pomocniczych.

Zaburzenia poruszania się

Przyczyny:

- choroby narządu ruchu
- Ograniczenie funkcji stawów i więzadeł np. zrosty stawowe, zapalenia
- Deformacje i urazy np. złamania
- Zmiany napięcia mięśni np. przy powstaniach
- Zmniejszenie masy mięśniowej w wyniku braku aktywności np. u osób umiarkowanie chorych w łóżku.
- Zaburzenia odzwrotności, przewodzenia, odbierania i rozpoznaniania bodźców np. po udarze mózgu.

Choroby powodujące ograniczenie poruszania się

To choroby neurologiczne i narządu ruchu oraz choroby pośrednio wpływające na poruszanie się wpływają na ogólną sprawność ruchową:

- udar mózgu
- Choroba Parkinsona
- Choroby reumatyczne
- Choroby psychiczne - depresja, otępienie
- Łamania kości
- Choroby degeneracyjne - zmniejszenie stanoś, osteoporoza
- Wazymtlicie choroby przebiegające z bólem.
- Choroby o ostrym początku - infekcje, gorączka
- Zaburzenia władania
- Choroby układu krążenia i oddechowego
- Nad- i niedowaga
- Zaburzenia przemiany materii

Skutki ograniczenia sprawności ruchowej

- Ograniczenie ruchu i osłabienie
- Ograniczenie ruchomości w stawach - zesztynienie, co zwiększa ryzyko upadków, ból.
- Łamania
- Zapalenie mięs, odlesiny, zaburzenia funkcji zwieraczy, zagrzenie zalepcy, żył
- Wycofanie społeczne, depresja
- Zmniejszenie sprawności w życiu codziennym

Usprawnianie - są to wszelkie działania prowadzące do zwiększenia aktywności i poprawy sprawności ruchowej

Podstawowe zasady usprawniania

- Opieka aktywizująca, ale nigdy obrem pacjentowi
- Należy wyjaśnić podopiecznemu i jego krewnym, jakie zagrożenie niesie ze sobą umiarkowanie
- Usprawnianie trzeba rozpocząć możliwie pierwszego dnia umiarkowania w łóżku i stopniowo zwiększać jego zakres
- Należy brać pod uwagę możliwości pacjenta i je uwzględniać
- Nie można wykonywać ruchów ekstremalnych przy sztywności i prostowadzi w stawach, nigdy nie należy wykonywać ruchów „na siłę” i powyżej granicy bólu.
- Powinno się ustalić indywidualny plan usprawniania - stopniowe usprawnianie.
- w trakcie wszystkich działań trzeba zwracać uwagę na bezpieczeństwo, oceniać parametry życiowe i stosować profilaktykę upadków.

- w trakcie wszystkich ćwiczeń ruchowych należy obserwować czynności życiowe: jeśli wystąpią zawroty głowy, nie samopoczucie, ból, osłabienie lub zmęczenie, to trzeba natychmiast przerwać ćwiczenia -

Usprawnianie w pozycji leżącej - stosowane są:

- bierne ćwiczenia ruchowe - wykonywane są przez opiekunów (bez aktywnego współdziałania mięśni chorego) - jedna ręka wykonuje ruch, a druga podtrzymuje poruszony część ciała.

- wspomagane ćwiczenia ruchowe - podopieczny aktywnie porusza, a opiekun prowadzi i wspomaga ruch.

- aktywne ćwiczenia ruchowe - podopieczny wykonuje ćwiczenia samodzielnie, opiekun jedynie instruuje.

- ćwiczenia izometryczne - mogą być przeprowadzane w pozycji leżącej jak i siedzącej - jest to napięcie poszczególnych grup mięśniowych bez ich poruszania. Napięcie należy utrzymać przez 2-4 sekundy, potem przerwać.

Faza siedzenia - wprowadzić stopniowo - sadkanie w tożeku sadkanie na brzegu tożeka (głowa do góry, otwarte oczy, głębokie oddychanie.) przesadzenie na fotel, na posadzku na kilka minut.

Faza stania i chodzenia - czas ćwiczeń nie dłuższy niż 30 min.

Trzeba ćwiczyć stabilną pozycję stojącą (zob. ćwiczenia równowagi) ćwiczenia chodu należy rozpocząć dopiero, gdy osiągnie się stabilną pozycję stojącą.

Należy przygotować fotel do siadania w trakcie odpoczynku

Przygotować przyrządy pomocne w chodzeniu.

Ćwiczenia równowagi

w pozycji siedzącej -

- Poruszanie rękami ocznymi: góra, dół, prawo, lewo.
- Poruszanie głową: do przodu, do tyłu, w stronę prawego i lewego barku.
- Podrywanie tułowia ku przodowi
- Wymienne unoszenie stóp.

w pozycji stojącej:

- Poruszanie rękami ocznymi i głową (zob. wyżej)
- Przenoszenie ciężaru ciała na prawą i lewą stronę na palce i pięty;
- Przekładanie przedmiotu (piłki) na wysokość oczu z jednej do drugiej stopy
- Wymienne podnoszenie stóp. siadanie i wstawanie

Osteoporoza - jest stanem, w którym dochodzi do uproszczenia struktury tkanki kostnej i obniżenia gęstości do takiego stopnia, że kości tracą wytrzymałość na działanie sił odkształcających; łamią się już pod wpływem niewielkich urazów i fizjologicznych obciążeń.

W ciągu całego życia tkanka kostna nieustannie podlega procesom przebudowy, dzięki którym stawa tkanka ulega wymianom na nową. Procesy przebudowy sterowane są przez różne czynniki np.:

- parathormon
- czynny metabolit witaminy D.
- hormony płciowe - estrogeny, testosteron

Maxymalna masa kości tzw. szczytowa masa kości osiąganą pomiędzy 25 - 30 rokiem życia. Około 35 roku rozpoczyna się jej stopniowy spadek związany z wiekiem. Proces ten znacznie przyspiesza u kobiet w okresie menopauzy. Przejmuje się, że pomiędzy 20 - 80 rokiem życia ubytek tkanki kostnej gębszastej wynosi u mężczyzn 27%, a u kobiet - około 40%.
W zależności od mechanizmu porostawiania osteoporozy

- wyróżnia się:
- osteoporozę pierwotną,
 - osteoporozę wtórną.

Osteoporoza pierwotna

	typ I - Osteoporoza pomenopauzalna	typ II - osteoporoza starcza
<u>Patomechanizm</u>	jest wynikiem niedoboru estrogenów	jest wynikiem ubytku tkanki kościowej związanego z wiekiem
<u>Charakterystyka</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Występuje w okresie pomenopauzalnym około 55 r.ż. • Występuje 6x częściej u kobiet niż u mężczyzn • dotyczy głównie kości gębszastej - zwanymi trzonówko łuszczyk 	<ul style="list-style-type: none"> • Pojawia się u osób po 70 r.ż. • Występuje 2x częściej u kobiet niż u mężczyzn • dotyczy kości gębszastej i drobnych - zwanymi trzonówko i kości udowej, przedramion i rąk.

Osteoporoza istónna

Osteoporoza jest tyllko jednym z objawów choroby

Patomechanizm	- wywołują ją choroby powodujące ujemny bilans tkanki kostnej, hamują procesy budowania kości lub pobudzają proces resorpcji kości
---------------	--

Przykłady:	<ul style="list-style-type: none"> - przedłużone leczenie glikokortykosteroidami - nadczynność tarczycy - nadczynność przytarczyc - przedłużona menopauza i niewydolność nerek - zaburzenia witaminowa - reumatoidalne zapalenie stawów - niedożywienie
------------	--

Objawy

- Bóle pleców - często tępe i miejscowo ograniczone, nasilone podczas ruchu np. chodzenia, wtedy silniejsza bólem
- Złamania miedziowe - samoistne - często stamtąd sąjki kości udowej, przedramienia, kręgosł
- Zmniejszenie wzrostu, obniżenie plecy, Anoreksja garbu z powodu zastania się stawów kręgosł

Postępowanie - pielęgnacja

- Masaż, acupunktura ciała lub zimna - zimna przy ostrych bólach, ciepła przy bólach przewlekłych.
- Tyłe ruchy, ile to możliwe, zapobiega postępowi choroby

• Profilaktyka upadków

• u osób zagrożonych upadkiem:

- ochrona bioder celem zabezpieczenia przed
złamaniem szyjki kości udowej - elastyczne
spodnie bawełniane z naszytymi po bokach
poduszkami ochronnymi.

• działalność samodzielności, w razie potrzeby wspomaganie
przy czynnościach życia codziennego.

Czynniki ryzyka wystąpienia osteoporozy.

• wiek -

• płeć

• rasa - rasa biała ma większą zawartość masy ^{kości} ciała niż
biała i czarna.

• Występowanie osteoporozy w rodzinie - potwierdzone ryzyko
czynnikiem genetycznym na :- wielkości zawartości masy kostnej
- a mierzona z wielkimi sąbłaski
utrwały tkanki kostnej.

• Mała zawartość masy kości

• Wczesna menopauza - estrogeny hamują resorpcję tkanki
kostnej

• Siedzący tryb życia - długi okres inaktywności fizycznej prowadzi
do zmniejszenia napięcia mięśniowego i utrudnia
procesy anaboliczne w tkankach
kostnych. Najbardziej korzystne są

ćwiczenia, wchodzenie po schodach, taniec, gry sportowe. Ciężkie
nie powinny być wykonywane 3-4 x w tygodniu po 15 min.

• Dieta uboga w wapń i witaminę D

- niedobór wapnia lub niedostateczne jego wchłanianie w przewodzie pokarmowym spowodowane niskim stężeniem witaminy D prowadzi do rotynnej nadczynności przytarczyc, nasilenia resorpcji i hamowania procesów tworzenia tkanki kostnej.

• Długotrwała terapia glikokortykosteroidami

- prowadzi do hamująco-kościotwórczości i pobudzającej resorpcji.

• Inne

- mała masa ciała
- alkoholizm
- palenie tytoniu
- nadmierne spożycie kawy

ChOROBA ZAPOWODNIEMIONA STAROŚCI - przebieg powolny rozpoczyna się zmianami w chrząstki stawowej, prowadzi to z czasem do całkowitej utraty chrząstki. Równoległe dochodzi do tworzenia się nowotw. kostnych. Zmiany mogą dotyczyć jednego lub wielu stawów.

etiologia ChZS jest nieznana choć wymienia się czynniki ryzyka:

- wiek - związana z wiekiem
- lokalizacja - stawy biodrowe, kolanowe, dolne odcinki kręgosłupa szyjnego i lędźwiowo-krzyżowego

stanow mieszczących je dobrze i bliżej, nadgarstko - śródgarstek, śródgarstek - paliszkowe.

- Otyłość - zwiększa ryzyko choroby zwyrodnieniowej
- Predyspozycje genetyczne - rodzinne występowanie choroby zwyrodnieniowej typu kwalitacyjnego
- Przejścia stanów owa wazy
- Zaburzenia wznowy - np. dysplazja stanów biodrowych
- Płeć - kobiety do 50 rż chorują częściej niż mężczyźni a po 50 rż predyspozycja kobiet dwustronne

Objawy:

- Ból - ból rozruchowy po długotrwałym np. siedzeniu z ustąpieniem po „rozruszaniu się”
- ból obciążeniowy np. po długim chodzeniu
- ból związany ze zmęczeniem
- sztywność poranna
- w późnym stadium również bóle spoczynkowe

- Tęże, skurczenie i tęże w stanach
- Osłabienie stanów - np. przez utyknięcie, ograniczenie ruchomości stanów
- W późniejszym stadium:
 - deformacja stanów
 - niestabilność
 - atrofia mięśni

- Nastroj depresyjny z powodu stałych bólów
- Aktywne zonydrożenie:
 - nadmierne ucieplenie
 - obrzęki
 - zamernie ucieplenie skóry w okolicy stawu

ostre napady mogą powracać w przebiegu przewlekłego, nieaktywnego zonydrożenia.

Przeciwnia:

- przynależa
- nieoświadczone uwarowanie zajętego stawu i stawów sąsiednich z powodu uwarowania oszczędzającego.
- zapalenie
- rozciąg stawowy (przebieg stawowy)

Postępowanie - pielęgnacja

- Leczenie fizykalne:
 - ciepło przy nieaktywnym zonydrożeniu
 - zimno, elektroterapia, ultradźwięki przy aktywnym zonydrożeniu.
- Utrzymanie stawu w cieple, unikanie zimna, wilgoci
- Ćwiczenia ruchowe w wodzie - najlepsze obciążenie dla stawu
- Gimnastyka: szkoła chodzenia, terapia ruchowa, trening wzmocniający mięśnie.
- Użycie butów z miękką podszewką, obcas buforowy
- Ergoterapia: metody odwróty stawów np. pranie, gotowanie, wstawanie, wybór odpowiednich łożek, foteli
- Dopasowanie pomieszczeń mieszkalnych np. uchwyty, przyciski

Reumatoidalne zapalenie stawów RZS

jest przewlekłym, postępującym procesem zapalnym, prowadzącym do destrukcji tkanek stawowych, zmniejszającej i upośledzenia czynności stawów. Choroba przebiega w postaci remisji i zaostrzeń. Zmiany są nieodwracalne i pogłębiają się podczas kolejnych epizodów biuncych, prowadząc do niepełności i zależności od pomocy

Proces rozpoczyna się zawsze w obrębie błony mamiowej stawów, stanowiącej wewnętrznej warstwy torebki stawowej, odpowiadającej za wytwarzanie płynu stawowego, umożliwiająccego bezbolesne przesuwanie się powierzchni stawowych względem siebie.

etiologia RZS jest nieznana w patogenese głównym procesem są zaburzenia immunologiczne. Proces zapalny jest zapoczątkowany przez antygen - prawdopodobnie podobnego wirusowego - być może jednego z retrovirusów i dotyczy osób z predyspozycją genetyczną.

Objawy:

- Ogólne - nie samopozucie, utrata apetytu, zmęczenie, utrata masy ciała, masowe poty, osłabienie, zaburzenia nastroju
- Zaczyna się najczęściej symetrycznie w drobnych stawach rąk
- Bólności poranna stawów palców, trwająca przeciętnie przez 15 min, często dłużej niż 30 min.
- Bóle spoczynkowe i nocne
- Bolesne ograniczenie ruchomości, bolesny ucisk wply

- symetryczne zapalenie wślnych stawów
- Gwałt reumatoidalne, szczególnie na wyprostnej pozycji stawów nadgarstkowych i łokciowych.
- Utrata zdolności wykonywania codziennych czynności z powodu ograniczenia ruchomości w stawach.
- W późnym stadium:
 - całkowite zniszczenie stawu z jego usztywnieniem
 - możliwe następstwa - umiarkowanie w łóżku
 - wystąpienie wosłta i nowotworów
- W późnych stadiach:
 - możliwe zajęcie narządów wewnętrznych: serca - zapalenie, wysięk osierdzeniowy, opłuc - zmniejszone wydzielanie śluzu z zapaleniem, zapalenie naczyń - martwica skóry na opuszkach palców, prze - zapalenie opłucnej, zapalenie oskrzeli.

- Depresja spowodowana bólem i ograniczeniem ruchomości

Przebieg:

- Bardzo różnorodny:
 - powoli postępujący
 - nagły, ostry początek
 - czasem fazy bezobjawowe
 - rzadko przebieg powrotny

z 10 wielu latami dolegliwościami mogą się zmniejszyć i osoba
może nie żyć z chorobą.

Porozumienia

- Utrata funkcji acyckiego stanu
- Zaburzenia nieporządane stosowanych leków przeciwnowotworowych np. nowoty dotęzka, uszkodzenie nerwów.

Postępowanie - pielęgnacja

- Pożywienie bogate w witaminy i białko (ryby zamiast mięsa)
- Zachęcanie do samodzielności, wspomaganie w czynnościach dnia codziennego
- Dostosowanie środowia wspomagających:
 - pomoc w jedzeniu, piciu
 - ubieraniu się - uchwyty, przedmiotowe poręcze
- Dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych
- Wzrost:
 - uświadomić stan w fizjologicznej pozycji pośredniej
 - profilaktyka praktykowania 2x dziennie ćwiczenia ruchowe bierne, z asystą lub samym.
- Akceptacja granicy bólu
- Profilaktyka odleżyn
- Ostre zapalenie - wypracowanie w tożtku
 - zimne do chłodnych - 15-20°C okłady, opatunki

- Przewlekłe zapalenie - zastosowanie ciepła - fango, kąpiele solfury
- Kontynuacja ćwiczeń z fizjoterapeutą
- Zmniejszenie porannej sztywności poprzez ciepłe kąpiele woda
- Nie przeciążać stawów, stosować przewny wyposażeńkowe

Profilaktyka pryncipów

Pryncip - nieodwracalne ograniczenie czynności i ruchomości stawu związane z kurczeniem się, twardości stawowej i mięśni, mogącym doprowadzić do całkowitej sztywności stawu. Jest to spowodowane ograniczeniem poruszania się.

Wyodróżnia się pryncipy:

- zjizdione
- wyprostne
- odniedkamentone
- pryncipieckementone

Czynnik sprzyjające: - zagrożenie pryncipami powstaje w przypadkach:

- Niedostatecznej aktywności ruchowej u osób leżących w łóżku lub z ograniczaniem mobilności
- Nie wystarczającej motywacji do zachowania aktywności
- Chorób neurologicznych, takich, które prowadzą do porażenia spastycznych np. stwardnienie rozsiane, udar
- długotrwałe nieprawidłowe ułożenia osób poruszających stale w łóżku
- długotrwałe unieruchomienie stawu

Pracownia profilaktyczna:

- u osób leżących w łóżku:
 - zmiana położenia ciała co 2 godz., kąpielienice w wyprostie, położeniu pionowym, w zgięciu.
- Ciężkie motowozowanie do aktywności ruchowej
- jak najwcześniejsze uruchamianie
- wykonywanie ćwiczeń ruchowych rozruchowych stanów przy najmiej 2x dziennie

Profilaktyka upadków

O ryzyku upadku mówi się, jeśli występuje zwiększone niebezpieczeństwo upadku w porównaniu z codziennymi sytuacjami

czynnikami sprzyjające upadkom:

• zaburzenia czynnościowe:

- słabości w utrzymaniu równowagi
- zmniejszony chód
- ograniczona mobilność
- zaburzenia i choroby układu ruchu
- choroby, które przebiegają z zaburzeniami mobilności np:

- stwardnienie rozsiane
- udar
- choroba Parkinsona
- polineuropatia

• zaburzenia widzenia:

- zaćma
- nieodpowiednie okulary
- obniżona ostrość widzenia

- Choroby, które mogą doprowadzić do nagłej utraty przytomności:
 - hipoglikemia
 - padaczka
 - omdlenia
- Przewidywany upadek
- Zaburzenia psychiczne np. stany splątania, otępienie, lęk, depresja.

Bezpośrednie czynniki ryzyka

- Nierównie oprzytych powierzchni przy chodzeniu np. ławka, kładka, torcikowa, saworotny, balkoniki.
- Niewłaściwe obuwanie i ubranie
- Stosowanie niektórych leków np. psychotropowych, uspokajających, nasennych
- Zagrożenia w otoczeniu:

Zegar nierównie chodniki, nie warunki pogodowe, oblodzenia

- wewnątrz - dywan, awionka domowe, strome schody, nie oświetlenie, brak uchwytoów, śliskie podłogi.

Ważenia profilaktyczne:

- Dostosowanie pomieszczenia mieszkalnego:
 - przekrycie podłogi bez lwaoschki dobrze trzymające się podłogi, bez progów
 - oświetlenie wystarczająco jasne, wytycznik światła dostępny, porządowanie oświetlenia nocnego.
 - Drzwi - bez progów, mocne klamki, wystarczająco szerokie
 - łóżka - mocno stojące, z oparciami pod ramionami, stabilne.

stopy - dobre do utrzymania się, wysokość by można stać pod nimi

urządzenia sanitarne: uchwyty, urządzenia ułatwiający wstąpienie
podwyższenie siedziska toalety, taboret w kabine przysiadkowej oraz
maty antypoślizgowe.

Schody: z poręczami, bez dywanów, chodników, niskie stopnie

Dna moczanowa

Choroba wywołana odkładaniem się kryształów kwasu moczowego
w stawach z towarzyszeniem bólów i ostrych zapaleń, która
przy drugim czasie ataku prowadzi do zniszczenia stawów

Przyczyny i podział

Dna pierwotna:

- zaburzenia wydalania kwasu moczowego przez nerki
- najczęściej uwarunkowana genetycznie
- staje się objawem przy zwiększonej podażu puryn
zawartych w mięsie, podrobach - mózgu
- nadprodukcja kwasu moczowego spowodowana
nieodwrotnym enzymem, które są zaangażowane w
rozdzielanie kwasu moczowego

Dna wtórna

- Zwiększona produkcja kwasu moczowego np. w guzach,
białakach lub podczas chemioterapii
- Zmniejszone wydalanie kwasu moczowego np.
w chorobach nerek, lub z powodu leków.

Objawy rynek: otępienie, ułamyca, nadciśnienie tętnicze, nadmierne spożycie alkoholu - zmniejsza wydalanie kwasu moczowego przez nerki

Objawy:

Ostry napad dny:

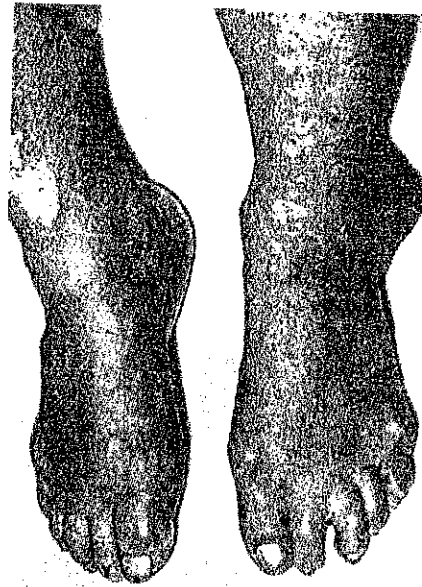
- najczęściej najciężiej jednego stawu - często jest to staw śródstopno-paliczkowy palucha, rzadziej stawów palców, nadgarstka i kolana
- silny ból, nadwrażliwość na dotyk, obrzęk, nadmierne ciepło, zaczerwienienie.
- często objawy towarzyszące - gorączka, bóle głowy, wymioty
- dolegliwości często występują nagle w nocy
- umiarkowanie naszkoda nad zły stanem po napadzie dny.

Dna przewlekła:

- Długo konsekwentnemu leczeniu występuje rzadko
- stale ciężkie bóle stawów, zmniejszenie stawów
- Gwałtowne na małych stawach usany, rękach, łokciach, piętach
- Tronienie kamieni nerwicy z powodu zmniejszonego stężenia kwasu moczowego w moczu

Postępowanie - profilaktyka:

- Wyprawynek w 10 dni
- Mięstość - odstawienie z alkoholem, ograniczenie spożycia
- Ograniczenie spożycia alkoholu i kwasu
- Odpowiednia ilość płynów 2,5-3l/dob. - stymulacja wydalania kwasu
- Unikanie czynników wywołujących napad dny - alkohol, adenozyn, obciążenie, dieta z masywnego



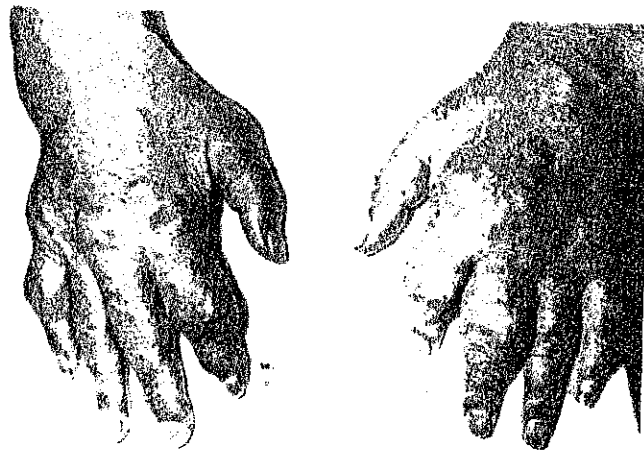
Ryc. 16.4.

Ryc. 16.4. Guzki dnawe i zniekształcenia stawów stóp w przebiegu dny.



Ryc. 16.5.

Ryc. 16.5. Guzki dnawe w obrębie małżowiny usznej.



Ryc. 16.6. Guzki dnawe w okolicy stawów rąk.

Skutki długotrwałego umiarkowania

Odleżyny - są częstym powikłaniem u ciężko chorych osób z ograniczoną sprawnością ruchową, zwłaszcza w podeszłym wieku. Powodują one dyskomfort, ból i cierpienie. Mogą prowadzić do powikłań, a w skrajnych przypadkach nawet do zgonu.

Odleżyna oznacza ognisko martwicy przekształcające się w owrzodzenie skóry, spowodowane długotrwałym uciskiem na ograniczoną powierzchnię ciała.

Podstawowe, przyczynowe powstania odleżyn jest:

- 1- oddziaływanie sił statycznych - , które tworzą jednostajny ucisk w miejscach wypukłości kostnych powstają uciski / ciężko i ciężka uciska materac, a materac wywiera precyzyjny nacisk na ciało / blokujące przepływ krwi w naczyńkach włosowatych. Dochodzi do zaburzenia zaopatrzenia komórek w tlen i składniki odżywcze, a niedotlenione komórki obumierają.
- 2- oddziaływanie sił dynamicznych - powstają w trakcie oddziaływania na ciało pacjenta np. podczas podnoszenia, zmiany pozycji ciała chorego.
Siła dynamiczna powoduje przeciężenie cięższe tkanki np. w trakcie sadzenia chorego na noszek inwalidki.
Tarcie - występuje w trakcie przesuwania ciała pacjenta po podłożu np. choroby z pozycji siedzącej przesuwają się w dół łóżka, efekt siły tarcia podrażnia skórę naczyni lub poślad (mokra).

3. Temperatura i wilgotność - nadmierna wilgotność skóry stanowi podstawowy obok ucisku czynnik ryzyka powstania odleżyn - otulone przez materac ciała, by się wychłodzić uruchamia funkcję wychłodzenia potu, co wiąże się z potrzebą odprowadzenia wilgoci, ograniczoną przylegającym materiałem, więc odprowadzenie nie jest możliwe

Rodzaje odleżyn

W zależności od stopnia zaniedbania wyróżnia się odleżyny:

- 1 - pojedyncze i mnogie
- 2 - powierzchniowe i głębokie
- 3 - o małej lub dużej powierzchni
- 4 - nawracające

Podział odleżyn z uwzględnieniem zaniedbania

procesu chorobowego

stopień I - skóra cała

- widoczne na ograniczonym obszarze nieregularne pod uciskiem palca zaczerwienienie, zwykle nad równością, kostną
- zaczerwienione miejsce może być bolesne, twarde, cieplejsze lub chłodniejsze w porównaniu z tkanką otaczającą

stopień II - miejscowy brak naskórka lub zewnętrzny powstają

- skóry różniwej, przepromieniany płytkie otwarte uszkodzenie z częściowo zdrowym dnem rany
- bez mas rozpadających się tkanek
- może również wyglądać jak pęknięcie o zdrowej ciężyści lub otwarty / pęknięty powierzchowny pęknięciem białym

stopień III - utrata tkanek skóry wtórnej
 - mogą być obecne masy rozpadających się tkanek

stopień IV - utrata skóry i tkanki podskórnej z odświeżeniem
 włosów, świąd lub mipsi.

- w niektórych częściach ciała mogą być obecne masy rozpadających się tkanek lub struny martwicze.

W zależności od pozycji, w której chorzy przebywają wyznaczyć można, następujące okolice lokalizacji odlesień:

- leżący na plecach - kciżki karkowa, kciżki grzbietowa, pięty, okolice potyliczna, kregoszpier piersiowy, wyrostek barkowy, grzebienie łopatkowe, wyrostki krzyżowe kregoszpiera krzyżowego.

- leżący na boku - kolana, grzebienie kciżki biodrowej, okolice kciżki piszczelowej, łydka.

- leżący na boku - krętarz kciżki udowej, łopatek, maśćoniny wane.

- siedzący - gazy kulozonowe, łokcie.

Ocena wyznika rozwoju odlesień RRO

RRO - określone jest za pomocą skal.

Każda ze skal ocenia zespół wybranych czynników.

Funkcjonowanie skal oparte jest na sumowaniu punktów określonych dla poszczególnych czynników. W literaturze funkcjonuje ponad 20 skal oceny RRO.

Najstarsza skala Norton, powstała w latach 60 XX w. w Wielkiej Brytanii, jest do dnia dzisiejszego powszechnie stosowana na całym świecie. Sune często stosowane skale to:

- skala Bradena i Bergstrom
- skala Waterlow.

Skala Norton - oceniająca ryzyko odleżyn

Czynnik ryzyka	Punktacja			
	4	3	2	1
1. Stan fizyczny	dobry	dość dobry	ciężki	bardzo ciężki
2. Stan świadomości	pełna przytomność i świadomość	apatia	zaburzenia świadomości	stupor lub śpiączka
3. Aktywność - zdolność poruszania się	chockai samodzielnie	chockai z asystencją	sieckhi	leży w łóżku
4. Puchliwość - stopień samodzielności przy zmianie pozycji	pełna	w małym stopniu ograniczona	bardzo ograniczona	całkowita niesprawność
5. Czynność - zdolność odbioru i cenki moczowej	pełna sprawność srodkiem	sprowadzane moczem się	częste nietrzymanie mocz	całkowite nietrzymanie mocz i stolca

Suma punktów 14 i poniżej wskazuje na RR O

Zapobieganie odleżynom

Po identyfikacji i ocenie czynników ryzyka należy podwozić postępowanie zapobiegawcze, do którego należy:

1. codzienna, dokładna kontrola stanu skóry ze skierowaniem uwagi na miejsca szczególnie narażone na powstanie odleżyn

2. Odciskanie ucisku poprzecznego:

- stać się może ułożenie pacjenta i regularna zmiana pozycji -

co najmniej co 2 godz lub częściej

- uwaga na ból, mechaniczny konicyjny dobrze poduszkami (unikamy wzajemnego dotyku i ucisku)

- na bniektu ukladamy pacjentów wygodnych oddechowo - pozycja zalecana u chorych z otarciem lub odleżyną, na kości krzyżowej

- Zmiany pozycji nie wolno dokonywać na zasadzie przeciągania gdyż zagrożenia to powstanie mikrourazów, dobrze jest stosować taśmosslizgów, podkładów "techniki hamaka" - lub specjalnych rollek

- Najbardziej niebezpieczne dla chorego jest ułożenie w pozycji półleżącej, powoduje ona uciski w wielu miejscach, zastosowanie udogodnień konieczne / patrz - ułożenie wosolnie z udogodnieniami //

3. Odpowiednie podłoże, na którym leży chory:

- wyposażenie łóżka w materac zmiękczeniowy, zasilany powietrzem z kompresora - jego zadaniem jest zwiększenie przepływu krwi na skutek lekkiego masażu i naprężeniowych zmian punktów podparcia / zmiana ucisku /

- odpowiednio naciskająca pościel, pozbarwiona okuchowo - zapobiega podrażnieniom skóry

- zwracać uwagę by chory nie leżał na sznorkach, krawędziach

- Ważnym jest stosowanie podkładów gumowych, czerat - mogą stać się przydatnym odparzeniem.

4. Przestrzeganie zasad toalety przeciwodleszynowej

- unikac pragnienia i przepocenia - wietny mieszkanie, bidżana posielowa i osobista z wiotkiem naturalnym
- stosowac mycie calego ciala chowego przynajmniej 1X dziennie temp. wody 37^o-40^oC, sredki myjace o pH 5-6,5 / nie mydla perfumowane ze wzgledu na uszkodzenia i wysuszenie skory /
- Po toalecie skora dokladnie osuszona, otkrapana, zastosowanie masaz kolistymi ruchami za pomoc sredka natuszczajacego
- kwemy z lanolina, oliwa, hipocsteryna - nie talkowe!

- #### 5. Zapewnienie wiazniomym sredkom ochronnym oraz odpowiedniej higieny osob zamieszkujacych sie - niezmywanie mocz lub stolca jest istotnym czynnikiem sprzyjajacym porostomom odleszyn - /pieluchy, pieluchomajtki, podkity, po majtki ciemne
- w przypadku stosowania basenu nalezy zabezpieczyc go warstwą ligniny, grubą folią,
 - zabezpieczac okolice kwosa i posladkow antyseptycznym, ochronnym kwemem

6. Zachecanie chorego do aktywnosci fizycznej mimo umiarnosci chowiecia w tozku

- czeste obracanie
- zmiana pozycji, obroty do stanoch, sginania i prostowania
- rozkurczenia i nazywania miesni
- wykonywanie opieluch / w razie koniecznosci / proste chwycenia kierne

7. Stosowanie zbilansowanej diety bogatej w białko, witaminy i sole mineralne. - mleko

- ser
- jaja
- ryby
- drożdże
- kasze
- owoce, warzywa

Stość białka powinna wynosić minimum 1,5 - 2g/dob.

Dzień Dobry - podaję Państwu Aresu do Pracowni umiejętności zawodowych, które powinny odbyć się 25-26 04.20v. - /przeniesione z czerwca. /

Z podanych niżej informacji o pacjentce, proszę zrobić plan pielęgnacji. / forma tabela. - / proszę skupić się tylko na oddziale. /

Informacje o pacjentce:

85 letnia Anna Kraso od 3 tygodni przebywa na oddziale chirurgii urologicznej. Jest po operacji konyzny dolnej /złamanie kości udowej. Jest umiarkowanie niepełnosprawna, wszystkie czynności należy wykonać przy pacjentce w obrębie łóżka, sama nie wykonuje czynności samoobsługowych z wyjątkiem samodzielnego spożywania posiłków. Nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne, dlatego ma założone pieluchomajtki. Pacjentka jest apatyczna, ruchliwość jej w obrębie łóżka jest ograniczona, wymaga pomocy przy zmianie pozycji ciała. Z oceny RRD za pomocą skali Norton uzyskana 9 punktów

Przykład tabeli - proszę wypełnić! 28-

Potrzeba Problem pielęgnacyjny	Cel opieki	Plan opieki	Ważności
<p>pacjentka nie nie niezdolna na poruszanie odległym</p>	<p>Zapobieganie ostrejszym odległym</p>	<p>- Wzrost na materacu zmiennociennymi</p>	<p>Materace stosowane w celu zapobiegania przepływu krwi i zmiennie punktów uciśnięcia.</p>

Pracę można przysłać do końca maja! Jestem też pod
telefonem 668 608 408.

Zycząc dużo zdrowia pozdrawiam serdecznie.

Simkowska

Zmiany zakrzepowe

Zmiany zakrzepowe, zwłaszcza kończyn dolnych i miednicy, powstają wskutek upośledzonego przepływu krwi i zastój w żyłach, w następstwie braku pracy mięśni kończyn i zaleszania krwi.

Czynnikami ryzyka zakrzepicy to:

- wiek
- choroby układu krążenia
- otyłość
- palenie tytoniu
- niedowład
- długa pozycja siedząca lub stojąca - unieruchomienie

Objawy rozpoznawające się zakrzepicy:

- wzmożone ciepłota, zaczerwienienie i obrzęk kończyny
- bóle w przebiegu zmienionej chorobowo żyły, ból podczas i tydki
- uczucie ciężkości i mrowienie w kończynach

Oderwanie się skrzepki może powodować zawrót głowy i groźne w skutkach zatoru tętnicy płucnej.

Zadania opiekuna medycznego w ramach

postępowania profilaktycznego:

- Codzienna obserwacja wyglądu kończyn dolnych /objawy rozpoznawające zakrzepicę/

- wyższe ułożenie kończyn dolnych - 30-40° powyżej poziomu
- wykonywanie ruchów biernych, czynnych i wspomagających
 - zginania i prostowania w stawach biodrowych i kolanowych
 - unoszenia wyprostowanej kończyny dolnej
 - odwodzenia i przywodzenia
 - zginania podesałkowego i grzbietowego stopy.
 - jeśli nie ma możliwości, pionizacja chodzenia i odsadanie go na fotel.
- pobudzenie pompy mięśniowej przez ćwiczenia typu "rowerek"
- zakładanie pończoch przeciwzakrzepowych lub opasek elastycznych / bandaż / w celu wywołania zewnętrznego ucisku żył kończyn dolnych w celu zwiększenia szybkości przepływu krwi w żyłach głębokich.

Zakładanie opaski.

- zakładanie w pozycji leżącej na plecach, rano, jeszcze przed opuszczeniem nóg z łóżka
- kończyna powinna być wyprostowana i umieszczona do góry, a stopa ustawiona do podudzia pod kątem prostym / jest podtrzymywana przez drugą osobę
- zwoje opaski nakładać spiralnie od podstawy palców stopy do pachwiny - pięta zamknięta.
- opaska powinna dobrze przylegać do kończyny, aby nie zsunęła się podczas chodzenia.
- w ciągu dnia należy dwukrotnie zmieniać opaskę w celu oceny wyglądu skóry kończyny w miejscach ucisku i stanu ukrwienia palców stopy.

Zapalenie płuca - jest najczęstszym powikłaniem umiarkowanego - /patrz potrzeba oddychania - omówione! /