

پیام آموزشی (۳)

"آشنایی با پانسمان های نوین"

ویژگی های یک پانسمان ایده ال:

پانسمان ایده ال، پانسمانی است که:

۱. یک محیط مرطوب در بستر زخم ایجاد نماید.
۲. قابل تطابق با شرایط گوناگون زخم به لحاظ موضع و شکل آن باشد مثلا زخم حفره ای یا زخمی که از نظر چسباندن پانسمان در محل دشوار قرار دارد.
۳. دبریدمان اتولیتیک را تسهیل کند.
۴. دارای تنوع شکل و اندازه باشد.
۵. قدرت جذب ترشحات زخم را داشته باشد.
۶. دمای مناسب را در بستر زخم حفظ نماید.
۷. در مقابل باکتری ها، غیر قابل نفوذ باشد.
۸. درد را کاهش دهد و تعویض آن نیز توام با درد نباشد.
۹. مقرون به صرفه باشد.
۱۰. تعویض آن بدون تروما و به جا گذاشتن ذرات و بقایا باشد.
۱۱. از سرد شدن زخم که بر اثر تبخیر سریع اغزودا روی می دهد، جلوگیری کند.

*باید توجه داشت که تمام خصوصیات فوق در یک پانسمان منفرد برای تمامی زخم ها نمی گنجد. هر زخم باید به دقت مورد ارزیابی قرار گیرد و سپس پانسمان مناسب برای آن انتخاب گردد و البته این پانسمان هم طی مراحل درمان و متناسب با شرایط زخم، جای خود را به پانسمان دیگری می دهد .

پانسمان های مدرن (Modern dressings):

پانسمان های مدرن یا نیمه تراوا شامل پنج گروه آلژینات، هیدروکلونید، فوم، هیدروژل و فیلم ترانسپارنت می باشد.

آلژینات ها (Alginates):

جزو پانسمانهای جاذب هستند و از جلبک های دریایی گرفته می شوند و در بین پانسمان های مدرن بیشترین قدرت جذب را دارند. بصورت آلژینات کلسیم هستند و فیبرهایی را می سازد که در تماس با محلولهای حاوی سدیم نظیر ترشحات زخم تبدیل به آلژینات سدیم شده، ژل

آلژینات را تولید می نماید. این ژل با سطح زخم در تماس است و محیط مرطوب را فراهم می آورد، با ترشحات زخم واکنش داده و پوششی بدبو ایجاد می کند. یون کلسیم که به محیط زخم وارد می شود، خاصیت هموستاتیک دارد بنابراین در زخم های خونریزی دهنده، مفید و قابل جذب هستند. به دو صورت ورقه ای و رشته ای وجود دارد که داخل زخم قرار گرفته و پس از جذب آگزودا بشکل ژل هیدروفیل در می آید، درحالیکه رطوبت زخم باقی و پوست اطراف زخم، خشک باقی می ماند. آلژینات ها محلول در آب هستند و هنگام تعویض با نرمال سالین شستشو داده و به راحتی و بدون درد برداشته می شود. این محصولات نباید قبل استفاده برای زخم خیس شوند. فاقد چسب بوده و همیشه نیازمند پانسمان ثانویه هستند. می توانند تا ۲۰ برابر وزن خود، ترشحات را جذب کنند. در زخم های تمام یا نیمه ضخامت و با ترشح متوسط تا زیاد استفاده می شوند. بهترین عملکرد آلژینات وقتی است که در داخل حفره عمیق زخم با ترشح زیاد استفاده می شود.

فوم ها (Foams):

پانسمان های صفحه ای شکل با ضخامت های مختلف، جاذب های بسیار خوبی هستند. ترکیبات مختلفی همچون پلی اورتان و مواد اکریلیک و عناصر فوق جاذب در آنها بکار می رود. یک سطح هیدروفیلیک (جاذب آب) دارد که روی سطح زخم قرار می گیرد و پشت آن یک لایه هیدروفوبیک (دافع آب) است که از تراوش آگزودا به خارج از پانسمان جلوگیری می کند. توانایی جذب مقدار زیاد آگزودای زخم را دارند درحالیکه رطوبت اطراف زخم را حفظ می کنند. فوم ها را با توجه به قدرت جذب بالا میتوان در اغلب زخم های پر ترشح به ویژه در مرحله گرانولاسیون استفاده نمود. راحت هستند و استفاده از آنها آسان است، قدرت چسبندگی ندارند. برای نگه داشتن آنها می توان از فیلم یا پانسمان شفاف استفاده کرد، در زخم های جزیی و تمام و به عنوان پانسمان اولیه و یا ثانویه استفاده می شوند. گرچه جاذب های خوبی هستند اما محدودیت در جذب دارند و باید آنها را هر یک تا سه روز تعویض کرد. اشکال دیگر آنها اوپک بودن است که نمی توان زخم را دید. در نواحی دارای برجستگی استخوانی با کاهش اصطکاک مفید واقع می شود.

هیدروکلوئیدها (Hydrocolloids):

برای زخم هایی که خود رطوبت مناسب دارند و بخواهیم آن را حفظ کنیم، مفید هستند. در زخم های با ترشح کم تا متوسط استفاده می شود. اکثر ویژگیهای پانسمان ایده آل را دارند، قیمت آنها معقول است. هیدروکلوئیدها دارای لایه خارجی پلی اورتان غیرقابل نفوذ به آب بوده و لایه داخلی آن که روی زخم قرار می گیرد حاوی مواد هیدروکلوئیدی است. چسبناک بوده، خود به زخم می چسبند و نیاز به پوشش ثانویه ندارند. خاصیت بالشتکی هم دارند. در اندازه ها و شکل های مختلف موجود می باشد. انواع ورقه ای آن نسبت به میکرو ارگانیسم نفوذناپذیرند ولی گازها و بخار آب را از خود عبور می دهند. با حفظ رطوبت پروسه التیام را تسهیل می کنند. در تماس با ترشحات زخم، ژل نیمه جامد با بوی خیلی نامطبوع تولید می شود که شباهت به چرک دارد و پرستار و بیمار باید از این مسئله آگاه باشند چرا که ممکن است با عفونت اشتباه گرفته شود. این ژل با ایجاد محیط مرطوب و پیشگیری از خشک شدن و همچنین حمایت از رشته های آزاد اعصاب، درد را تسکین می دهد و به علاوه از چسبیدن پانسمان به زخم جلوگیری می کند، به پیشبرد دبریدمان کمک می کند و تا زمانیکه این ژل پانسمان را اشباع نموده است نیاز به

تعویض ندارد که این زمان میتواند از سه تا هفت روز ادامه یابد. در هنگام حمام کردن نیازی به برداشتن پانسمان نیست، شفاف نیستند و معاینه زخم بدون برداشتن پانسمان میسر نیست. برای زخم های ناشی از لیزر درم ابریشن و اپیدرمولایزیس بلوزا مناسبند. همچنین برای بیماریهای التهابی مثل لیکن سیمپلکس کرونیکوس و پسوریازیس نیز مناسبند.

زاکیس و کریس در یک بررسی مقایسه ای در مورد هزینه درمان زخم با پانسمان هیدروکلئید و گاز مرطوب دریافتند که هزینه یک نوبت پانسمان زخم با هیدروکلئید ۳/۳ برابر بیشتر بود اما زمان مورد نیاز برای انجام پانسمان با گاز مرطوب ۸ برابر زمان مورد نیاز برای پانسمان با هیدروکلئید بود. نتیجه حاکی از آن بود که سرعت التیام زخم با گاز، کندتر، میزان عفونت، بیشتر و هزینه درمان در طولانی مدت ۳/۴۵ برابر بیشتر از هیدروکلئید بود.

فیلم ها یا پانسمان های شفاف (Films or Transparent Dressings):

ترکیبی از یک غشای پلی اورتان نازک که با لایه ای از اکریلیک چسبنده پوشیده شده است. بسیار انعطاف پذیر و نیمه تراوا هستند یعنی به گازها شامل اکسیژن، دی اکسید کربن و بخار آب اجازه عبور می دهند اما به مولکولهای پروتئینی بزرگ و ترشحات زخم و باکتریها اجازه عبور نمی دهند. تراوا بودن آنها به بخار آب مانع لیچ افتادن و ماسره شدن زخم می شود. بصورت تیپیک در زخم های سطحی، کم ترشح و مرحله یک زخم فشاری، حمایت پوست در برابر نیروی (Shearing&Friction) پیشنهاد می شوند. برای زخم هایی که از فاز التهابی گذشته و وارد فاز پرولیفراتیو شده اند و ترشح آنها کم شده، مناسب هستند. همچنین به عنوان پوشش ثانویه و نگهدارنده پانسمانهای دیگر، پانسمان زخم های نسبتا کم عمق مانند محل اهدای پوست زخم های جراحی مورد استفاده قرار می گیرند و برای زخم های دارای آگزودای متوسط، زیاد، غلیظ و عفونی مناسب نیستند. ترانسپارنت می باشند لذا میتوان زخم را از زیر آنها دید و بررسی نمود. سدی برای ورود باکتریها هستند، همچنین درد بعداز عمل را کاهش می دهند. این پانسمان ها در اشکال و اندازه های مختلف موجود هستند. اشکالات آنها عبارت است از:

- کار گذاشتن آنها سخت است.
- روی خود چین می خورند.
- ممکن است به زخمی که خشک شده یا پوست اطراف زخم بچسبند و هنگام تعویض منجر به آسیب زخم شوند.
- آگزودا زیر آنها تجمع می یابد و قدرت جذب ندارند.

هیدروژل ها (Hydrogels):

هیدروژل ها دارای مقدار زیادی آب (بالای ۸۰٪ در ژل های آمورف و ۹۰٪ در ژل های شیت) و سایر ترکیبات شامل پلی اتیلن اکساید یا پلی وینیل پیرولیدن، کربوکسی متیل سلولز، آلژینات، کلاژن و مواد نگهدارنده هستند. هیدروژل ها بصورت ورقه های آغشته به ژل یا قوطی های حاوی ژل موجود می باشند، نیمه شفاف اند و بدون برداشتن پانسمان امکان معاینه زخم وجود دارد. این پانسمان ها در فراهم آوردن رطوبت اضافی برای هیدراته کردن مجدد زخم های نکروتیک و بافت دلمه بسته بی نظیرند و دبریدمان اتولیتیک را تسهیل می کنند.

اشکال آنها این است که سد مناسبی در مقابل باکتریها نیستند و بخصوص باکتریهای گرم منفی زیر آنها به خوبی رشد می کنند. معمولا" در لمس خنک هستند و درد و التهاب بعد از عمل را کاهش می دهند. بخصوص اگر ژل را قبل از مصرف خنک کرده باشیم، اثر تسکین دهنده خوبی خواهد داشت. این پانسمان ها می توانند به زخم، رطوبت داده و در صورت زیاد بودن ترشحات زخم حتی رطوبت گیری کنند. این هیدروژل ها فاقد چسب هستند و برای نگهداری در محل زخم نیاز به پانسمان ثانویه مانند یک پانسمان شفاف یا گاز دارند. برای زخم های سطحی مانند خراشیدگی ، محل های پیوند پوست و زخم های سیاهرگی ترشح دار مناسب است.

نتیجه گیری:

از نکاتی که ذکر شد می توان نتیجه گرفت که پانسمان تنها یک پوشش برای زخم نیست بلکه به زخم بسیاری از متخصصین یک عامل درمانی است و باید در انتخاب و کاربرد آن دقت عمل بیشتری بکار برد.

منابع:

۱). علی حسینی طاهره، کار با زخم ها ، گروه مترجمین دانشکده پرستاری ومامائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اصول پرستاری تابلور، چاپ اول، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۵، ص: ۵۶۹، ۵۶۲، ۵۷۷.

۲). اسملتز سوزان و... [دیگران]، ترجمه: شریعت اسماعیل ، نمادی وثوق مریم ،موحدپور آسیه، پرستاری پوست وسوختگی(برونر-سودارث)، چاپ چهارم، نشر سالمی، ۱۳۷۸، ص: ۴۰، ۱۴.

۳). خدام حمیرا، ساختمان وعملکرد پوست، پرستاری بیماریهای پوست(لاکمن)، چاپ اول، قم، نشر بشری، ۱۳۷۱، ص: ۱.

۴). پیشگوئی امیر حسین، مقایسه تأثیر پوششهای هیدروکلئید وگاز مرطوب بر بهبود زخم فشاری در بیماران دچار ضایعات محیطی ومרכזی بستری در بیمارستانهای آموزشی ومراکز بهزیستی شهر تهران، سال ۱۳۷۴، فصلنامه پرستاری دانشکده پرستاری ارتش.(۱) ۳.

۵). شیزرپور محمد، درماتولوژی مبتنی بر شواهد، وبلاگ تخصصی در ارتباط با بیماریهای پوست ومو، آذر ۱۳۸۷.

۶). مالکی نژاد محسن، روشهای نوین در درمان زخم ها.

7). Fundamentals OF NURSING , 2th , PERRYS&lazarus and others ,skin integrity and wound care ,POTTER.

.,NEWYORK; 1994 P.1429,1679

8). Foams dressing, Available from :<http://wound. Smith-nephew.com/au/standard.asp>.

9). Thomas S. Hydrocolloids: A guide to the composition ,properties and use of hydrocolloid dressing and the commercial presentations available ; Journal of wound care 1992, 1:2.

10). Xakellis GC, Chrischilles EA, Hydroclloid versus saline-gauze dressing in treating pressure ulcer: acost – effectiveness analysis. Arch Phys Med Rehab 1992; 73: 463-9.

11). Film dressing, Available from: <http://www.snef.co.uk/ s-pages/product>.

12). Flangan M, The efficacy of a hydrogel in the treatment of wound non viable tissue; Journal of wound care ; 1995, 4:6, 264-267