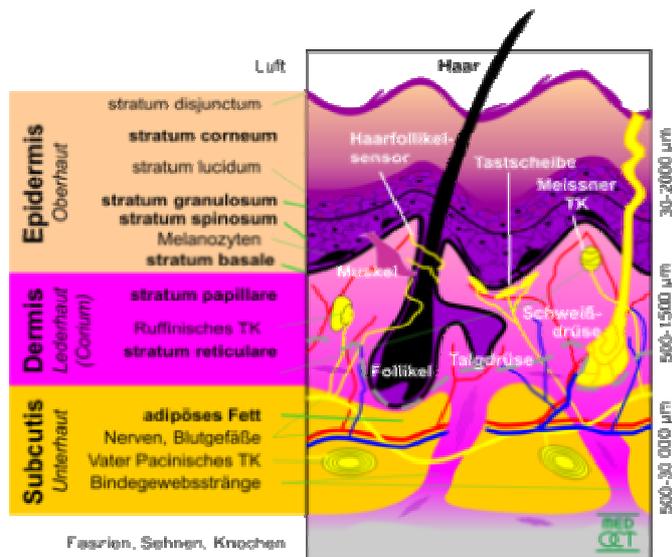


# **Einzelarbeit zum Thema „Wunden“**

## **1. Inhaltsverzeichnis**

1. Inhaltsverzeichnis	Seite 2
2. Haut; Anatomie und Physiologie	Seite 3,
3. Definition Wunde / Wundarten	Seite 4, 5
4. Physiologische Wundheilung	Seite 6, 7
5. Behandlungsprinzipien der Wundtherapie	Seite 8
6. Zu beachtende Kriterien beim Verbandwechsel	Seite 9, 10
7. Wundauflagen	Seite 11, 12, 13
8. Ursachen von Wundheilungsstörungen	Seite 14
9. Wundfallbeispiel	Seite 15
10. Wunddokumentation zum Fallbeispiel	Seite 16
11. Quellenangabe	Seite 17

## 2. Haut; Anatomie und Physiologie



Die Haut bildet sich aus drei Schichten.

### **Die Epidermis:**

Äusserste, gefässlose Schicht der Haut, welche wiederum in 5 Schichten unterteilt ist.

- Basalzellschicht
- Stachelzellschicht
- Körnerschicht
- Glanzschicht
- Hornschicht

Ihre Aufgabe ist die Zellneubildung und als Wasser abweisende und mechanisch schützende Schicht nach aussen zu wirken. Die in der Basalzellschicht neu gebildeten Zellen wandern in Richtung Hautoberfläche. Dabei verschwinden das Zytoplasma, der Zellkern und die Zellorganellen und werden durch den Hornstoff Keratin ersetzt. Zuletzt werden die verhornten Zellen an der Oberfläche abgerieben. (Prozess von ungefähr 2 Wochen)

### **Die Dermis:**

Liegt unter der Epidermis und wird in 2 Schichten unterteilt.

- Papilarschicht (lockeres Bindegewebe)
- Geflechschicht (strafes Bindegewebe)

Ihre Aufgabe ist der Haut ihre Reissfestigkeit und die Fähigkeit zur elastischen Dehnung zu verleihen. Hier befinden sich auch Blutgefäße, Fettgewebe, Haarfollikel, Nerven und Talgdrüsen.

### **Die Subcutis:**

Sie besteht aus lockerem Bindegewebe, grösseren Blutgefässen sowie Nerven und ist Verbindungsstelle zu den darunter liegenden Muskelfasziën oder Periost. Weiter befinden sich in der Subcutis die Schweißdrüsen, die unteren Abschnitte der Haarbälge und spezielle Drück- und Vibrations- Tastkörperchen.

In der Subcutis sind je nach Körperstelle, Geschlecht und Körperbau mehr oder weniger viele Fettzellhaufen eingelagert.

Die Aufgabe dieser Fettzellhaufen dient als Stosspuffer, als Kälteschutz und als Energiespeiche

### **Die Hautanhangsgebilde**

→ Haare mit ihren Talgdrüsen

→ Hautdrüsen

→ Nägel

Sie durchstossen die Epidermis und münden auf die Hautoberfläche.

### **3. Definition Wunde**

Jeder Gewebedefekt mit mehr oder weniger klaffender Gewebedurchtrennung der äusseren Haut oder Schleimhaut wird als Wunde bezeichnet

### **3. Wundarten**

· Schnittwunden

Glatte Wundränder, anfangs heftig blutend.

Mögliche Komplikationen: Verletzung tieferer Gewebeschichten.

· Schürfwunden

Flächenhafte Wunden mit starker Wundsekretion bei geringem Blutaustritt.

Mögliche Komplikationen: neigen zur Infektion (schmieriger Wundbeleg) und evtl. kommt es nach der Abheilung bei verschmutzten Wunden zu Pigmentstörungen.

· Platzwunden / Quetschwunden

Unregelmässige begrenzte und gequetschte Wundränder, Blutung, stumpfe Gewalteinwirkung.

Mögliche Komplikationen: Infektionsgefahr wegen schlechter Durchblutung der Wundränder, Nekrosen.

· Risswunden

Unregelmässige, zerrissene Wundränder mit Taschenbildung, Blutung, Dehnung oder Zerrung.

Mögliche Komplikationen: Erhöhte Infektionsgefahr.

· Bisswunden

Kombinationsverletzung von Riss- und Quetschwunde, häufig ausgedehnte Taschenbildung

Mögliche Komplikationen: Extrem hohe Infektionsgefahr mit Bakterien und Viren.

Wunden werden nach der Art ihrer Entstehung in die 3 unten aufgeführten Hauptgruppen unterteilt.

- Traumatische Wunden

Mechanische Verletzung

Thermische Verletzung (Verbrennung, Verbrühung)

Chemisch verursachte Verletzungen (Verätzungen)

Strahlenschäden (Sonnenbrand)

- Chronische Wunden

Eine Wunde wird als chronisch bezeichnet, wenn sie über einen Zeitraum von ca. 8 Wochen keine Heilungstendenz zeigt.

Dekubitus

Gangrän

Diabetisches Fussulkus

Ulcus cruris venosum

Ulzerierte Tumore

- Latrogene Wunden

Die vom Arzt durch Schnitt geplante Operationswunde.

Wunden werden weiter nach Kontaminationsgrad in die 4 unten aufgeführten Hauptgruppen unterteilt.

- Klinisch saubere Operationswunde

Diese aseptischen Wunden können durch eine Naht direkt verschlossen werden.

- Klinisch saubere aber kontaminierte Wunde

Dazu gehören alle traumatischen und chronischen Wunden und alle operationsbedingte Wunden.

- Kontaminierte Wunden

Dazu gehören Wunden, welche durch „Fremdkeime“ verschmutzt wurden.

Offene Frakturen, Biss-, Schuss- und Quetschwunden...

- Massiv kontaminierte oder infizierte Wunden

Diese Wunden zeigen Zeichen einer Wundinfektion. Zum Beispiel Fisteln, Osteomyelitiden, Abszesse und Phlegmone.

#### 4. Physiologische Wundheilung

Die Wundheilung findet in mehreren Etappen statt. Ist eine Hautläsion weder zu tief noch zu breitflächig wird sie schnell, innerhalb einer bis zwei Wochen genesen.

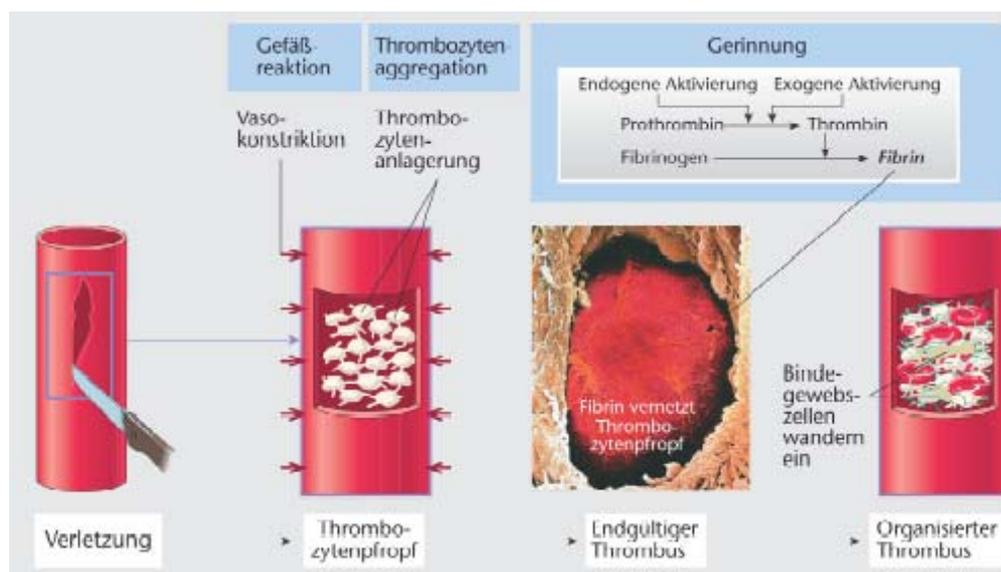
Dieser Prozess läuft in 4 Phasen ab.

##### 1. Exsudative Phase (in den ersten Stunden)

Ist bei einer Verletzung ein Gefäß betroffen, so blutet die Wunde zu Beginn recht stark. Dadurch werden bei der Verletzung eingedrungene Fremdkörper oder auch zerstörtes Gewebe aus der Wunde gespült. Aber schon wenige Sekunden danach reagieren die verletzten Blutgefäße. Sie werden enger, damit nicht so viel Blut verloren geht (Vasokonstriktion).

Wird ein Gefäß verletzt, lagern sich die Thrombozyten an die Bindegewebsfasern der Wundränder an. Die Thrombozyten verformen sich und ballen sich zusammen (Thrombozytenaggregation). Dieser entstandene Thrombozytenpfropf schliesst die Wunde in 1- 3 Minuten, wenn sie nicht allzu gross ist. Gleichzeitig beginnt die Blutgerinnung durch Bildung eines faserigen Netzes aus Fibrin um den Thrombozytenpfropf herum, so dass der endgültige Thrombus entsteht. Das Fibrinnetz zieht sich nun langsam zusammen und nähert dadurch die Wundränder einander an. Dadurch wird die Wunde immer kleiner. Nach und nach umschliessen Bindegewebszellen den Thrombus und so verschliesst sich die Wunde endgültig. Es entsteht ein Wundschorf.

Die Blutgefäße erweitern sich nun wieder (Vasodilatation), die Durchblutung der Wundumgebung steigt an und dadurch steigt auch die Hauttemperatur im betroffenen Gebiet. Gleichzeitig erhöht sich auch die Durchlässigkeit der Kapillarwände, so dass vermehrt Blutzellen in den Wundbereich gelangen. Dies bildet einen Stau in den Gefäßen und kann zu vermehrter Flüssigkeitseinlagerung im Wundumgebungsgewebe führen (Wundödem).



## 2. Resorptive Phase (1.- 3. Tag)

Durch das beschädigte Gewebe, werden die Entzündungsreaktionen aktiviert (körpereigene Immunabwehr). Makrophagen wandern in das Wundgebiet ein und phagozytieren die Blutkoagel.

## 3. Proliferationsphase (4.- 7. Tag)

Nun beginnt die Gefäß- und die Bindegewebeneubildung. Dieses neue Gewebe, das unter anderem aus Kollagenfasern besteht, beginnt von den Rändern der Wunde langsam nach innen zu wachsen. Dabei werden zunächst entlang des Fibrinnetzes, das den Thrombus durchzieht, Fibroblasten angelagert, die sich sehr schnell teilen. Sie stellen die Gewebegrundsubstanz her, welche vor allem aus Kollagenfasern besteht. Sie sind wichtig für die Festigkeit des neuen Gewebes.

## 4. Reparationsphase (ab dem 8. Tag)

Dieses neue Gewebe, das von vielen Blutgefäßen durchzogen ist, hat ein körniges Aussehen. Deshalb wird es auch Granulationsgewebe genannt. Mit der Gewebeneubildung zieht sich die Wunde langsam zusammen. Über dem Granulationsgewebe bildet sich eine neue Hautschicht. Dieser Vorgang nennt sich Epithelisation. Es werden vermehrt neue Epithelzellen gebildet, die dann auf dem feuchten Granulationsgewebe vom Wundrand aus die Wunde überziehen. Ganz am Ende aller Gewebeneubildungsprozesse entsteht eine Narbe. Im Gewebe der Narbe sind keine Haare, Talg- oder Schweißdrüsen eingelagert. Auch die für die Hautfarbe verantwortlichen Melanozyten fehlen. Deshalb bleibt die Narbe weiss.

Nebst diesen 4 Phasen der Wundheilung unterscheidet man auch zwischen der primären und der sekundären Wundheilung.

### → Primäre Wundheilung

Die Wundränder lagern sich aneinander und verwachsen zusammen. Es kommt zur Vernarbung der glatten Wundränder.

Eine gute Durchblutung der Wunde und saubere, keimarme Wundverhältnisse sind dabei die Voraussetzung.

### → Sekundäre Wundheilung

Eine Wundheilungsstörung liegt vor. Die meist infizierte Wunde verwächst zeitlich verzögert. Meistens liegen besonders grosse Gewebedefekte vor. Die Wunde heilt unter Bildung von Granulationsgewebe. Diese Wunden neigen zur starken Narbenbildung.

## 5. Behandlungsprinzipien der Wundtherapie

1. Reinigung bzw. Antiseptika
2. Wundabdeckung
3. Heilungsunterstützende Massnahmen falls notwendig

Ein Wundverband ermöglicht eine keimfreie Abdeckung der Wunde. Grundsätzlich sollte ein feuchtes Wundmilieu aufrechterhalten werden. Überschüssiges und eventuell keimbesiedeltes Sekret muss aufgesaugt werden. Durch das feuchte Wundklima lässt sich die Granulationsphase beschleunigen und eine Schorfbildung vermeiden. Es gibt eine Vielzahl von Wundauflagen, die einerseits die keimfreie Abdeckung und das feuchte Milieu auf der Wunde garantieren, andererseits Blut und Sekret aufnehmen können.

### · Primäre Wundheilung = Operationswunde

Der erste Verbandwechsel darf frühestens nach 4h vorgenommen werden, um eine Infektion zu vermeiden. Muss der Verbandwechsel früher vorgenommen werden, wegen starker Blutung, Sekretion, Schmerzen oder Fieber, geschieht dies unter sterilen Bedingungen.

### · Sekundäre Wundheilung

Alle modernen Wundauflagen z.B. Hydrofaser können je nach Exsudation bis zu 7 Tagen auf der Wunde belassen werden.

→ Infizierte Wunden müssen täglich frisch verbunden werden.

Je nach Wundsituation wird die Wunde gereinigt oder desinfiziert. Bei Infektionszeichen wird die Wunde immer desinfiziert (Octenisept). Ansonsten wird die Wunde mit Ringerlösung oder NaCl 0,9% gereinigt, um Bakterien, Zelltrümmer und Schmutzpartikel auszuschwemmen. Dadurch wird das Wundbett optimal für den Aufbau neuer Zellen vorbereitet.

Infektionszeichen: Rötung, Schwellung, Schmerz, Überwärmung, Funktionseinschränkung und Fieber

### Débridement

Nekrosen und schmierige Beläge verzögern die Wundheilung stark. Sie werden deshalb chirurgisch, eventuell biochirurgisch (Madentherapie) oder mit Enzymen entfernt und anschliessend mit einem Wundverband behandelt.





## 6. Zu beachtende Kriterien beim Verbandwechsel

Vorbereitungen:

Der Verband einer primären verschlossenen Operationsnaht darf frühestens nach 48h gewechselt werden, ausser in Ausnahmefällen wie z.B. bei Hinweisen auf Störungen im Heilungsverlauf (Entzündungszeichen, durchgebluteter Verband...)

Ein Verbandwechsel wird unter sterilen Bedingungen mit sterilen Materialien durchgeführt.

Für gute Lichtverhältnisse im Patientenzimmer sorgen. Alle Fenster sind geschlossen, um eine Kontamination mit Luftkeimen zu verhindern und Sichtschutz ist zum Schutz der Intimsphäre gezogen.

Bett auf richtige Arbeitshöhe stellen.

Patienten über den Zeitpunkt und den Ablauf des Verbandwechsels informieren.

Patienten dabei schmerzarm lagern mit gutem Zugang zum Wundgebiet.

Falls notwendig, dem Patienten vor dem Verbandwechsel Schmerzmittel verabreichen.

Der zu entfernende Verband wird beurteilt und das Verbandsmaterial, wenn nötig, für den neuen Verband angepasst und optimiert.

(Eine Händedesinfektion ist bereits vor der Materialzusammenstellung nötig)

Es wird immer soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich an Verbandmaterial zum Patienten mitgenommen. Dazu benutzt man den Verbandswagen.

Die Grösse des Verbandes entspricht der Wundgrösse.

Patienten mit aseptischen Wunden werden immer vor Patienten mit septischen Wunden verbunden.

Vor dem Verbandwechsel sollte man sich immer in der Wunddokumentation oder dem Pflegebericht über die Wunde, Heilungsverlauf und die Verbandstechnik informieren.

#### Durchführung:

Der Verbandswagen wird unmittelbar vor dem Verbandwechsel gerichtet, nachdem die Pflegefachperson sich im Patientenkartex über die Wunde informiert hat.

Vor dem Richten vom Material findet eine Händedesinfektion statt.

Der Verbandswagen wird folgendermassen aufgebaut: steril- unsteril- Abfallsack- Patient

Vor dem direkten Kontakt mit der Wunde erfolgt eine erneute Händedesinfektion. Beim Verbandwechsel werden stets Handschuhe getragen, um den Patienten vor Krankheitserregern von den Händen des Personals zu schützen, um Kreuzinfektionen von Patient zu Patient vorzubeugen und um sich selbst vor pathogenen Keimen zu schützen. Dabei wird stets das Non- touch- Prinzip angewendet. Das heisst, die Wunde selbst wird nur mit sterilen Handschuhen oder sterilen Instrumenten, wie eine Pinzette, berührt.

Der Verband wird mit unsterilen Handschuhen abgenommen und gleich in den Abfallsack entsorgt. Unsterile Handschuhe können ausgezogen werden. Danach folgt eine erneute Händedesinfektion und es wird weiter mit den sterilen Instrumenten gearbeitet.

Die Wunde wird bezüglich Lokalisation, Ausdehnung, Form und Aussehen, Farbe, Sekretion, Geruch, Wundstadium, Wundrand, umgebene Haut, Exsudation (Menge) und Infektion oder Kontamination beobachtet. Evtl. wird die Wunde nach ärztlicher Verordnung und Absprache im Behandlungsteam fotografisch dokumentiert.

#### Nachsorge:

Abfallsack wird noch im Patientenzimmer verschlossen. Der Patient wird bequem gelagert, Zimmer wieder wie beim Eintreten einrichten. Sichtschutz entfernen, je nach Wunsch Fenster öffnen...

Vor dem Verlassen vom Zimmer erfolgt eine erneute Händedesinfektion.

Das gebrauchte Einwegmaterial wird entsorgt, während Instrumente nach Verwendung in Desinfektionslösung einzulegen sind oder aufsterilisiert werden.

Verbandswagen wird zurück an seinen Platz versorgt. Alle benutzten Flächen werden zuvor mit Flächendesinfektionsmittel desinfiziert.

Im Anschluss wird die Durchführung des Verbandwechsels, die Wundbeobachtungen, Zustand der Naht / Wunde sowie Änderungen der Wundversorgung im Pflegebericht und in der Wunddokumentation präzise dokumentiert.



## 7. Wundauflagen

**Okklusion** = verschlossen

Wird eine Wunde okkludiert, dürfen keine Restbestände von Desinfektionsmitteln, Salben oder Medikamenten auf der Wunde sein, denn diese können zu Verätzungen führen.

Ist trotzdem eine Desinfektion notwendig, muss diese mit Ringerlösung oder NaCl 0,9% durchgeführt werden. Danach muss einige Minuten gewartet werden, bis der Okklusionsverband aufgetragen werden darf.

Für eine Okklusion braucht es eine ärztliche Verordnung.

Ein Produktebeispiel ist das Bioclusive. Es ist ein transparenter Folienverband.

Es wird wenig Wasserdampf von der Wunde weggeleitet und wenig Sauerstoff zugeführt.

Ein Bioclusive kann zur Nachabdeckung von Primärverschlüssen, zum Schutz bei trockenen Wunden oder zur Fixation anderer Verbände angewendet werden.



### Hydrofaser (Zellulose)

Das Wundexsudat wird vertikal von der Hydrofaser aufgesogen und bildet einen Gel.

Dadurch wird die Wunde feucht gehalten. Die Auflage wird über den Wundrand lappend aufgelegt, damit der Wundrand vor Mazerationen (Hautaufweichung) geschützt ist. Sobald die Hydrofaser gelagert aufgequollen ist, entfaltet sie eine autolytische Wirkung und unterstützt den Abbau von Fibrinbelägen.

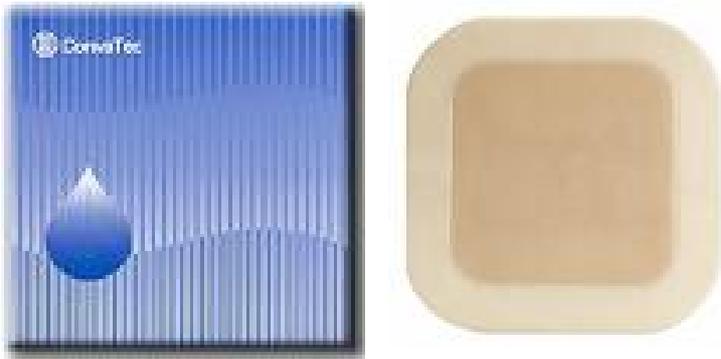
Ein Produktebeispiel ist das Aquacel. Das Aquacel wird bei exsudierenden Wunden verwendet.



## Hydrokolloid

Der Hydrokolloidverband ist ein Okklusionsverband. Es wird nur wenig Wasserdampf abgeleitet und wenig Sauerstoff der Wunde zugeführt. Somit erreichen wir ein azidotisches Wundmilieu, welches die Angiogenese und Zellteilung fördert.

Ein Produktebeispiel ist das Varihesive. Das Varihesive wird bei kaum exsudierenden Wunden, feuchten Wunden oder als Wundrandschutz bei Vakuumverbänden angewendet.



## Fettgaze

Schützt vor Verklebung des Verbandmaterials mit der Wunde und ist Wirkstoff frei.

Ein Produktebeispiel ist das Adaptic. Es kommt bei oberflächigen und wenig exsudierenden Wunden zur Anwendung.



## Hydrogel

Besteht aus ca. 90% Wasser und Konservierungsmitteln. Feuchtet trockene Wunden an. Kann zur Auflösung von Belägen und kleinen Nekrosen verwendet werden.

Ein Produktebeispiel ist der Varihesive Hydrogel. Er kommt bei trockenen Wunden und Belägen zur Anwendung.



### **Zinksalbe**

Die Zinksalbe hat eine desinfizierende Wirkung des darin enthaltenen Zinkoxids. Die Zinksalbe hat eine grosse wasseraufsaugende Wirkung. Deshalb hat die Zinksalbe einen austrocknenden Effekt. Man sollte sie vor allem an Wundrändern verwenden, da sie das Aufweichen und damit das Ausbreiten der Wunde auf das umgebende Gewebe verhindern kann.



### **Mepore**

Selbstklebender Wundverband aus weichem Elast. Hautfreundlicher Polyacrylatkleber und Abgerundete Ecken.

Mepore wird bei leicht bis mittelstark exsudierenden Wunden aufgetragen.

Mepore sollte nicht unter Spannung aufgetragen werden.



## 8. Ursachen von Wundheilungsstörungen

### Lokale Faktoren

- Hyperästhesie

Nach einer Verletzung wird die Haut um die Verletzungsstelle zunehmend empfindlicher und beginnt sich zu röten. Diese Entzündung und die Rötung kann weit über das ursprüngliche Verletzungsgebiet hinaus verstärkt werden durch die Weitstellung der Gefäße, den Ausstrom von Plasma aus den Kapillaren und die Freisetzung von Histamin.

- Serom

Es handelt sich dabei um Ansammlungen von serösem Exsudat in Wundhohlräumen.

- Wundhämatome

Bluterguss in der Wunde durch Nachblutungen aus kleineren Gefäßen. Häufigster Sitz des Wundhämatoms ist das Subkutangewebe. Die Wunde schwillt an und schmerzt.

Unterstützend kann bei kleineren Hämatomen die Auflage von Eis sein. Das Hämatom wird im Laufe einiger Wochen resorbiert. Ein postoperatives Wundhämatom muss vom Arzt sofort chirurgisch entleert werden, da es einen potenziellen Infektionsherd darstellt.

- Infektionen

- Dehiszenz

Man spricht von Dehiszenz einer Wunde nach primärem Nahtverschluss, wenn nach wenigen Tagen bei noch liegenden Fäden die Wunde aufplatzt. Dies kann passieren, wenn die Nahtfäden zu früh gezogen werden, bei Adipositas, postoperativem Husten oder bei genereller Abwehrschwäche des Körpers.

- Hypertrophe Narbenbildung und Keloide

Darunter versteht man die überschüssige Narbenbildung. Bereits kurze Zeit nach einer Operation bilden sich Narben, welche auf das Wundgebiet begrenzt sind. Bei den Keloiden, bildet sich die Narbe über das Wundgebiet hinaus und zeigen auch keine Tendenz zur Rückbildung.

### Systemische Faktoren

- Schlechter Allgemeinzustand (z.B. Alter, Immobilität, Inkontinenz..)

- Reduziertes Immunsystem

- Begleiterkrankungen (z.B. Stoffwechselstörungen, Diabetes m., Fieber, Venenklappeninsuffizienz, Durchblutungsstörungen..)

- Mangelernährung (z.B. Vitamin-C Mangel, Zinkmangel, Eisenmangel, Hunger..)

- Medikamente (Zytostatika, Kortikoide, Antibiotika)

- Rauchen und Alkohol (beides hemmt die Wundheilung durch Vitaminmangel)

- Chronische Schmerzen

- Psychische Belastung

- Zu hohe Druckbelastung auf das Gewebe

## 9. Wundfallbeispiel

Diagnose

Wundinfekt bei Status nach Sphinkterrekonstruktion und Bulbocavernosusplastik.

Chirurgische Abdeckelung



Der Wundinfekt befindet sich im innern vom Anus. Über das Wellgummi (orange im Bild) wird die Spritze zur Reinigung vom Infektionsherd eingeführt und die Wunde ausgespült. Das Wellgummi ist an zwei Einstichstellen (oben und unten) mit Fäden befestigt. Nach drei Tagen wurde das Wellgummi entfernt.



Bild nach der Entfernung vom Wellgummi.

Zu diesem Zeitpunkt war die Infektion stark zurückgegangen.

Pat. konnte am Tag darauf nach Hause.

Die Wunde wurde 3x täglich für 10 Minuten im Sitzbad behandelt. Das Sitzbad kann zu Hause in der Badewanne durchgeführt werden. Die Wunde wird im lauwarmen Wasser gebadet, ohne Badezusatz! So wird der Infektionsherd aufgeweicht und nach und nach ausgespült.

Weiter musste die Wunde nach jedem Stuhlgang unter der Dusche ausgeduscht werden. Damit kein Stuhl zurück bleibt.

Die Wunde wurde zusätzlich 2- 3x täglich über das Wellgummi mit Ringerlösung oder NaCL ausgespült. Die Spülflüssigkeit wird mit einer 20ml Spritze u. Knopfsonde aus der Petrischale aufgezogen und über das Wellgummi in den Infektionsherd injiziert. Die Spülung wird so lange durchgeführt bis die Spülfarbe klar ist. Danach wird die Wundumgebung mit Tupfer und Pincette abgetupft. (Arbeit auf steriler Fläche durchgeführt)

Nach jedem Spülvorgang wurden die Beobachtungen in der Wunddokumentation aufgeschrieben.

# 10. Wunddokumentation zum Fallbeispiel

Blatt Nr.		Art der Wunde:		Ausgangssituation/Datum:		Wundstadien (Mischformen möglich)	
				<p>5.06.08 Wundinfekt bei 61-jähriger Patientin                      II. Bakteriennachweis am 20.05.08                      -&gt; Staphylococcus II-III Grad bei oberflächlicher                      Abtiefung -&gt; Abtiefung am 11.06.08</p>		<p>Nekrose: Schwarze, trockene/nässende Wunde                      Fibrin: Gelbe, belegte Wunde                      Granulation: Rote, feuchte Wunde                      Epithelisation: Rosa, saubere Wunde</p>	
Massnahmen		Verlaufsbericht		Abkürzungen für die Dokumentation			
Dat/Vis	Dat/Vis	Datum		E = Exsudation, I = Infektion, WT = Wundtasche, WA = Wundausmass/-grösse, WG = Wundgrund, WR = Wundrand, WU = Wundumgebung			
5.06.08 10 <sup>00</sup>	Ulcer Wundheilung mit Ringstellung oberhalb ausgedrückt. Hygiene -> 2mal Sonde u. korrosive Tinktur, Amokl, Petrolschale, sterile Fläche, wuschig Hand, -> Saubere Kompresse	5.06.08 10 <sup>00</sup>	Ulcer Wundheilung oben u. unten ohne WU pathologisch Spitzkante klar mit einzelnen Bakterien + sonstiges path. ohne				
		16.06	Ulcer Wundheilung oben u. unten ohne Spitzkante zu Beginn stark ohne -> nach u. nach klarer Spitzkante kommt klar. hat Wund vorer nach Spitzkante gemacht.				
		6.06.08 10 <sup>00</sup>	Spitzkante zu Beginn ohne -> danach klar WU path. ohne u. leicht gerötet				
		21.05	Spitzkante kommt klar. Ulcer WU heilt, jedoch ohne Tinktur Wunde sonst sauber u. reibet WU ist reibend u. sterben hat bei bestimmten Schmerzen, wuschig von WU angegriffen ist.				
7.06.08	Spitzkante spig. 1. 3x täglich Spitzkante u. nach jedem Stuhlgang auswuschig	7.06.08 11 <sup>00</sup>	Ulcer WU 1. 06.5 u. WU sauber u. sterben (nur Ulcer An Wundstelle der Tinktur bei Druck starker Schmerz				

## 11. Quellenangabe

Thiemes Pflege

Mensch, Körper, Krankheit

Arzneimittellehre von Ursula Baum

Pschyrembel Wörterbuch Pflege von de Gruyter

Intranet Waidspital „Wunden“

[www.medizininfo.de/wundmanagement](http://www.medizininfo.de/wundmanagement)



Christina Allenbach