

BANDAŻOWANIE

Podręcznik desmurgii dla studentów pielęgniarstwa



BANDAŻOWANIE

Podręcznik desmurgii
dla studentów pielęgniarstwa

Małgorzata Fedak
Marzena Jaciubek

Redakcja
Andrzej Krupienicz

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne nieraz opinie na temat diagnozowania i leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje.

© Copyright by Edra Urban & Partner Sp. z o.o., Wrocław 2020

Autorzy: mgr Małgorzata Fedak, mgr Marzena Jaciubek

Redakcja naukowa: dr hab. n. med. Andrzej Krupienicz

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska
Projekt okładki: Beata Poźniak

ISBN 978-83-66548-25-1

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel. +48 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Przygotowanie do druku: Beata Poźniak

SPIS TREŚCI

1. WPROWADZENIE DO BANDAŻOWANIA I OPATRYWANIA	1
1.1 Historia bandażowania (desmurgii)	3
1.2 Kontakt z pacjentem – jego nawiązanie i utrzymanie według karty praw pacjenta	5
1.3 Pacjent – zachowania, dobór środków bezpieczeństwa	7
1.3.1 Szok pourazowy.	7
1.3.2 Zespół stresu pourazowego (PTSD – <i>post-traumatic stress disorder</i>)	8
1.3.3 Zespół białego fartucha	8
1.4 Nazewnictwo medyczne i potoczne w rozmowie z pacjentem	10
1.5 Definicja rany i opatrunku	11
2. BANDAŻOWANIE	13
2.1 Materiały do bandażowania i przytrzymywania opatrunków właściwych	15
2.1.1 Bandaże nieelastyczne	16
2.1.2 Bandaże elastyczne	16
2.1.2.1 Bandaże elastyczne o niskiej rozciągliwości	16
2.1.2.2 Bandaże elastyczne o wysokiej rozciągliwości	16
2.1.2.3 Bandaże elastyczne kohezyjne (samoprzyczepne)	16
2.2 Rodzaje rękawic i ich przeznaczenie	18
2.2.1 Rękawice foliowe	18
2.2.2 Rękawice diagnostyczne (niejałowe)	19
2.2.2.1 Rękawice winylowe	19
2.2.2.2 Rękawice lateksowe	19
2.2.2.3 Rękawice nitylowe	19
2.2.3 Rękawice chirurgiczne (jałowe)	19
2.2.3.1 Rękawice lateksowe	19
2.2.3.2 Rękawice neoprenowe	19
2.3 Organizacja sprzętu i miejsca do wykonania bandażowania	20

2.4	Zasady bandażowania	22
2.5	Rodzaje obwojów i ich zastosowanie	29
2.5.1	Obwoje jednoosiowe	29
2.5.2	Obwoje dwuosiowe	32
2.5.3	Obwoje wieloosiowe	34
2.5.4	Opaska powrotna	34
2.6	Opatrunki kończyny górnej i obręczy barkowej	36
2.6.1	Opatrunek palca kłosowy niepełny wstępujący	36
2.6.2	Opatrunek kłosowy wstępujący niepełny ręki	39
2.6.3	Opatrunek kłosowy wstępujący pełny ręki	41
2.6.4	Opatrunek ręki wieloosiowy „rękawiczka”	44
2.6.5	Opatrunek przedramienia – obwój śrubowy wstępujący i zaginany	46
2.6.6	Opatrunek łokcia żółwiowy zbieżny	49
2.6.7	Opatrunek łokcia żółwiowy rozbieżny	52
2.6.8	Opatrunek ramienia śrubowy	55
2.6.9	Opatrunek barku: obwój kłosowy wstępujący	55
2.6.10	Opatrunek barku: obwój kłosowy zstępujący	60
2.6.11	Opatrunek kłosowy parzysty barków zstępujący	63
2.6.12	Opatrunek Dessaulta	67
2.7	Bandażowanie kończyny dolnej i obręczy biodrowej	76
2.7.1	Opatrunek stopy niepełny kłosowy wstępujący	76
2.7.2	Opatrunek stopy pełny kłosowy wstępujący	78
2.7.3	Opatrunek pięty żółwiowy rozbieżny	81
2.7.4	Opatrunek pięty żółwiowy zbieżny	84
2.7.5	Opatrunek podudzia śrubowy/zaginany	86
2.7.6	Opatrunek uciskowy podudzia kłosowy wstępujący (ósemkowy)	88
2.7.7	Opatrunek kolana żółwiowy rozbieżny	89
2.7.8	Opatrunek kolana żółwiowy zbieżny	92
2.7.9	Opatrunek uda śrubowy lub zaginany (zależnie od budowy)	94
2.7.10	Opatrunek biodra kłosowy wstępujący	98
2.7.11	Opatrunek biodra kłosowy zstępujący	101
2.7.12	Opatrunek kłosowy parzysty bioder	104
2.7.13	Opatrunek kłosowy pośladka	107
2.7.13.1	Opatrunek kłosowy wstępujący pośladka	107
2.7.13.2	Opatrunek kłosowy zstępujący pośladka	110

2.8	Opatrunki w obrębie klatki piersiowej	112
2.8.1	Opatrunek klatki piersiowej – gorset (staniczek męski)	112
2.8.2	Gwiazda pionowa przodu klatki piersiowej	117
2.8.3	Gwiazda pozioma tyłu klatki piersiowej	119
2.8.4	Staniczek na pierś kobietą	122
2.8.5	Podwieszenie sutka	125
2.9	Opatrunki głowy	129
2.9.1	Czepiec Hipokratesa	129
2.9.2	Przyłbica	133
2.10	Użycie chusty trójkątnej do opatrywania różnych części ciała i do ochrony zabandażowanych partii	136
2.10.1	Opatrunek ręki	137
2.10.2	Opatrunek stopy	139
2.10.3	Temblak	144
2.10.4	Opatrunek głowy z użyciem chusty trójkątnej	148
2.10.4.1	Turban	148
2.10.4.2	Czepiec	152
2.11	Stosowanie rękawów elastycznych typu „Codofix”	154
2.11.1	Opatrunek pełny palca	155
2.11.2	Opatrunek pełny ręki	158
2.11.3	Opatrunek niepełny ręki	162
2.11.4	Opatrunek przedramienia, łokcia lub ramienia	164
2.11.5	Bark	165
2.11.6	Klatka piersiowa/klatka piersiowa i brzuch (koszulka)	169
2.11.7	Opatrunek pełny stopy	173
2.11.8	Opatrunek niepełny stopy, pięty, podudzia, kolana i części uda	175
2.11.9	Biodro lub pośladek	176
2.11.10	Krocze	177
2.11.11	Głowa	179
3.	BIBLIOGRAFIA	184

2

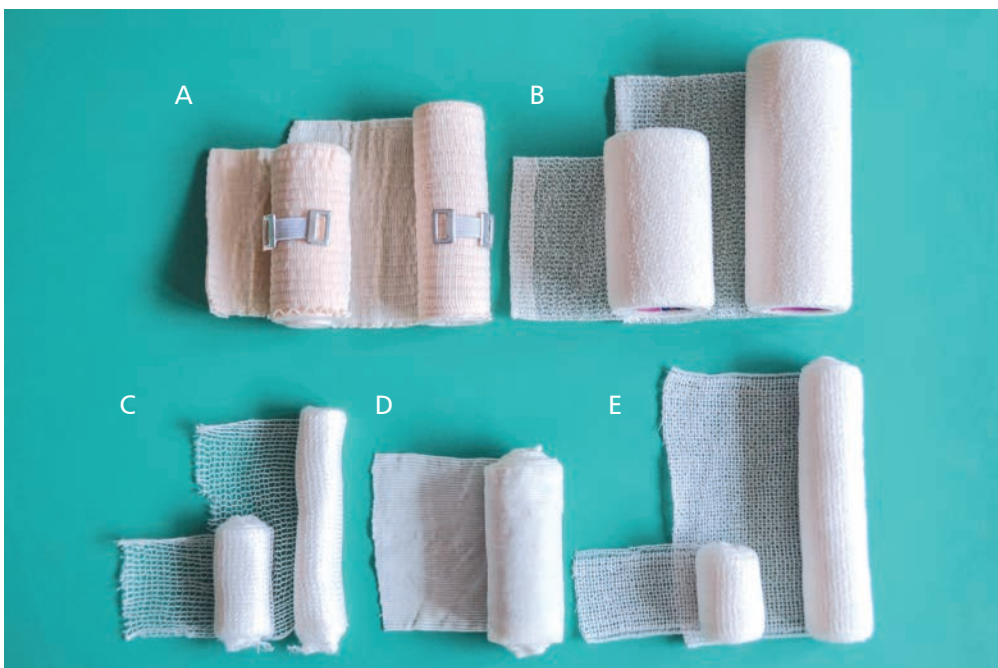
BANDAŻOWANIE

2.1 MATERIAŁY DO BANDAŻOWANIA I PRZYTRZYMYWANIA OPATRUNKÓW WŁAŚCIWYCH

RODZAJE BANDAŻY

Współcześnie używa się wygodnych w użyciu opasek niestrzępiących się, nierozciągliwych lub w różnym stopniu elastycznych. Niektóre rodzaje

bandaży, o których można przeczytać w starszych podręcznikach, nie są już produkowane, np. gazowe, płócienne czy muślinowe.



Ryc. 3 Rodzaje bandaży. A – opaska elastyczna niskiej rozciągliwości, bawełniana. B – opaska kohezyjna o niskiej rozciągliwości typu peha-haft. C – zwykła opaska bawełniana nieelastyczna. D – opaska dziana elastyczna poliestrowa. E – opaska elastyczna o wysokiej rozciągliwości typu peha-crep.

2.1.1 BANDAŻE NIEELASTYCZNE

Są to opaski dziane produkowane z wiskozy, poliestru lub bawełny o szerokości 5-10-15 cm, o niestrzępiących się brzegach.

Opaski takie są bardzo przewiewne, poliestrowe, dodatkowo bardzo lekkie.

Opaski nieelastyczne są wyłącznie jednorazowego użytku, dają się rozdzierać wzdłuż. Do odcięcia nadmiaru bandaża potrzebne są nożyczki (ryc. 3 C).

2.1.2 BANDAŻE ELASTYCZNE

Rozróżnia się bandaże o niskiej rozciągliwości (poniżej 100%) i o wysokiej rozciągliwości (powyżej 100%).

2.1.2.1 Bandaże elastyczne o niskiej rozciągliwości

Mogą być wyprodukowane z czystej bawełny lub w mieszance z jedwabiem poliamidowym i przędzą elastomerową o szerokości od 6 cm nawet do 20 cm. Przeważnie są to produkty wielorazowego użytku, dobrze przylegające do ciała i dobrze stabilizujące opatrunek. Do opakowania dołączone są 1 lub 2 zapinki (zależnie od szerokości bandaża). W tej grupie bandaży są też specjalistyczne bandaże uciskowe, do terapii obrzęku limfatycznego i stosowane w profilaktyce przeciwzakrzepowej (ryc. 3 A i B).

Specjalistyczne bandaże do kompresjoterapii mają na swojej powierzchni kolorowe prostokąty, które po rozciągnięciu powinny przybrać kształt kwadratów. Wytwarzane są w dwóch kolorach (różnych z obu stron bandaża); zielone służą jako wzornik do kompresji umiarkowanej, a z drugiej strony brązowe do wysokiej kompresji.

2.1.2.2 Bandaże elastyczne o wysokiej rozciągliwości

Produkowane są z mieszanki bawełny, jedwabiu poliamidowego i przędzy elastomerowej, mają krepowaną powierzchnię, dzięki czemu bandaż nie przesuwają się względem siebie i dobrze stabilizuje opatrunek. Jest miękki i dobrze dopasowuje się na powierzchniach trudnych do bandażowania. Bezpieczny w przypadku narastających obrzęków – nie powoduje nadmiernego ucisku.

Produkt zależnie od producenta może być jedno- lub wielorazowego użytku. Z pozoru jest delikatny, ale nie daje się rozerwać.

Do opakowania dołączone mogą być zapinki (ryc. 3 E).

2.1.2.3 Bandaże elastyczne kohezyjne (samoprzyczepne)

Są produkowane z wiskozy, bawełny i poliamidu lub o wysokiej zawartości bawełny z niewielkim dodatkiem elastanu i lateksu. Należą do grupy o niskiej rozciągliwości. Przyklejają się same do siebie, więc nie wymagają żadnego do-

datkowego mocowania, nie przyczepiają się natomiast do włosów i ubrania. Wystarcza nawet jedna warstwa, aby dobrze

umocować opatrunek. Nadmiar można łatwo oderwać. Jest to wyrób jednorazowego użytku (ryc. 3 B).

2.2 RODZAJE RĘKAWIC I ICH PRZEZNACZENIE



Ryc. 4 Rodzaje rękawic. A – diagnostyczna nitylowa. B – diagnostyczna lateksowa. C – diagnostyczna winylowa. D – foliowa.

2.2.1 RĘKAWICE FOLIOWE

Są najtańsze, nie nadają się do precyzyjnych czynności, łatwo ulegają uszkodzeniu. Wykorzystuje się je do podawania lub odbierania od pacjenta przedmiotów, jak naczynia, kaczka, poduszka, i innych czynności niewymagających wysiłku fizycznego ani niewiążących się z niebez-

pieczeństwem uszkodzenia rękawiczki. Często są stosowane przy rozdawaniu posiłków, karmieniu i sianiu pustych łóżek. Mają tylko jeden rozmiar.

Zaleca się ich używanie jako doraźnej bariery przy krótkich czynnościach niskiego ryzyka (ryc. 4 D).

2.4 ZASADY BANDAŻOWANIA

- **Stoimy naprzeciw części ciała, którą mamy zabandażować.** Przy bandażowaniu dolnych partii ciała wskazane jest usiąść przy pacjencie.
- **Chory musi mieć zapewnioną wygodną pozycję** (siedzącą lub leżącą), a bandażowane kończyny powinny być podparte (na oparciu krzesła, blacie stolika opatrunkowego, podnóżku), lub należy zapewnić sobie pomoc w przytrzymaniu kończyny przez drugą osobę.
- **Dobieramy odpowiednią szerokość i liczbę bandaży.** Szerokość powinna być zbliżona do szerokości bandażowanej kończyny, ewentualnie z niewielkim naddatkiem (ryc. 6). Pewną trudność może stanowić dobranie szerokości przy bandażowaniu w obrębie tułowia – np.



Ryc. 6 Dobór szerokości bandaża.

barku lub klatki piersiowej. Bierzemy wtedy pod uwagę najwęższe miejsca, przez które przechodzić będzie opaska – np. szerokość ramienia (od szyi do wyrostka barkowego). Przy bandażowaniu większych partii ciała (np. cała ręka i bark) dobieramy różne szerokości opasek zgodnie z budową anatomiczną poszczególnych partii ciała pacjenta. W przypadku bandażowania drobniejszych części ciała (palec dziecka) często nie dysponujemy tak wąskim bandażem. Możemy wtedy podczas bandażowania najwęższym dostępnym bandażem złożyć go wzdłuż na pół.

- **Liczba opasek** zależy od rozległości części bandażowanej oraz wielkości ciała pacjenta z dodatkowym jednym bandażem. U przeciętnego dorosłego potrzebne są na głowę – 2 bandaże, dłoń (zależnie od rodzaju opatrunku) – 1-2 bandaże, przedramię – 1 bandaż, łokieć 0,5-1 bandaż, bark – 2-3 bandaże, opatrunek Dessaulta 4-6, a nawet więcej bandażu u osób otyłych. Na kończynach dolnych zazwyczaj potrzeba większej liczby opasek niż na kończynach górnych.
- **Opaska musi być zwinięta równo i ciasno.**
W szpitalu i przychodni używamy opasek jako produktu jednorazowego użytku i są one fabrycznie prawidłowo zwinięte, wyjątek stanowią opaski elastyczne i niektóre kohezyjne, które w warunkach domowych mogą być prane, zwijane i powtórnie używane.
- **Zwinięty bandaż trzymamy w dominującej ręce** (u praworęcznych w pra-

wej, u leworęcznych w lewej). **Początek bandaża powinien znajdować się u dołu** (ryc. 7), wtedy możemy wygodnie przetoczyć zwiniętą część bandaża po powierzchni ciała pacjenta. Zaczynając bandażować, **nakładamy bandaż od góry** na bandażowaną powierzchnię (ryc. 8).

- **Rozpoczynamy zazwyczaj obwojem kolistym** nad/pod miejscem, które ma być zabandażowane. Na kończynach staramy się bandażować od części dystalnych (najbardziej oddalonych od środka ciała) do bliższych – zapobiega to wstecznemu odpływowi chłonki i zastojom żylnym. Oczywiście jest, że nie rozpoczynamy bandażowania w miejscu zranienia – obwód kolisty nakładamy na szerokość używanego bandaża ponad lub poniżej rany (ryc. 14).
- **Po założeniu 2-3 pierwszych obwojów sprawdzamy czy bandaż nie będzie się przesuwiał** (lekko pociągamy częścią zwiniętą bandaża) **oraz czy nie jest nałożony za ciasno** (przy bandażach elastycznych pod obwoje powinny swobodnie wsunąć się 2 palce) (ryc. 9). Jeżeli w którymś przypadku bandaż jest nałożony nieprawidłowo, nakładamy go powtórnie, zwracając szczególną uwagę, aby podczas wykonywania całego opatrunku uwzględnić prawidłowe napięcie bandaża.
- **Między dwie stykające się powierzchnie ciała przed bandażowaniem wkładamy warstwę miękkiego materiału chłonnego**, np. gazę, rzadziej watę; nie zaleca się używania ligniny (ryc. 10).



Ryc. 7 Sposób trzymania bandaża przez osobę praworęczną.



Ryc. 8 Nakładanie pierwszego obwoju.



Ryc. 9 Sprawdzanie czy obwoje nie są za ciasne.



Ryc. 10 Między dwie stykające się powierzchnie skóry wkładamy np. gaziki.

- Bandażując uważamy, by nie przesunąć właściwego opatrunku (ryc. 11).
- Obwoje nakładamy starannie, aby były równe (zawsze pokrywamy 2/3 szerokości poprzedniej warstwy), trwałe, wygodne i estetyczne (ryc. 12).
- Przy rozległych opatrunkach nie bandażujemy każdej części oddzielnie, lecz kontynuujemy bez nakładania obwoju kolistego. Zazwyczaj potrzebujemy wtedy więcej opasek i to różnej szerokości. Gdy skończy się bandaż lub odcinamy zbyt wąski do następnego etapu – wtedy **nowym bandażem powtarzamy poprzedni obwój**, tak aby pokryć widoczny brzeg bandaża poprzedniego obwoju, i kontynuujemy, zachowując szerokość odstępów zgodną z szerokością nowego bandaża.



Ryc. 11 Zwracamy uwagę, aby przy bandażowaniu nie przesunąć opatrunku na ranie.



Ryc. 12 Równe odległości między obwojami.

BANDAŻOWANIE

Podręcznik desmurgii dla studentów pielęgniarstwa

Niniejszy podręcznik dedykowany jest przede wszystkim studentom pielęgniarstwa, ale także każdej osobie, która chce nauczyć się prawidłowo bandażować. Przedstawiono w nim podstawowe obwoje, które są funkcjonalne i wygodne dla pacjenta. Jeżeli traktujemy bandażowanie jako sztukę, to w tym podręczniku będzie to sztuka użytkowa.

Zawarto w nim instrukcje poszczególnych obwojów, ale również praktyczne uwagi, tj. na co należy zwracać uwagę podczas bandażowania, charakterystykę materiałów używanych do opatrywania oraz sposób komunikowania się z pacjentem, a także nieprzewidziane zachowania pacjenta, które mogą się zdarzyć podczas pracy.

Autorzy

