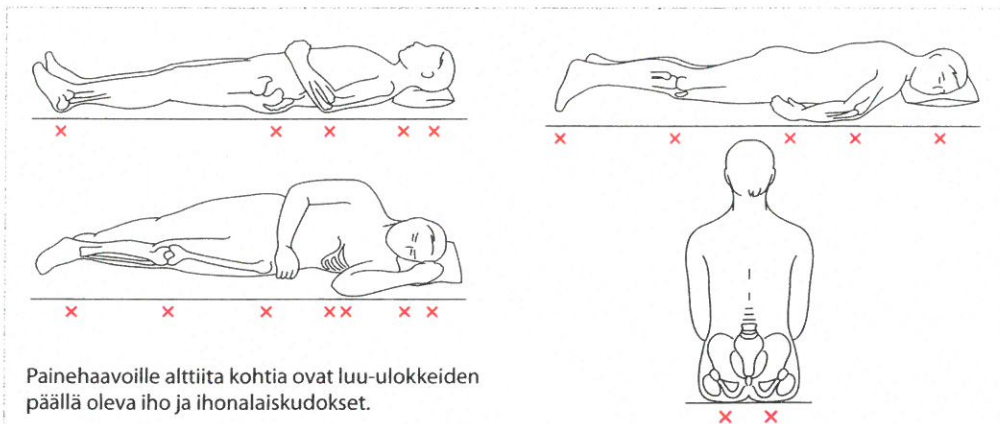


Painehaavat

Pitkäaikaisia haavoja eli ulkuksia ovat säärihaavojen ohella painehaavat. Painehaava eli decubitus on ihon tai sen alla olevan kudoksen vaurio.



Painehaavoille alttiita kohtia ovat luu-ulokkeiden päällä oleva iho ja ihonalaiskudokset.



Painehaava kantapäässä

Painehaavan syntyyn vaikuttavia altistavia tekijöitä ovat

- kudokseen kohdistuva paine
- kudokseen kohdistuva hankaus
- kudokseen kohdistuva venyminen ja kudospaineen nousu
- asiakkaan kuume
- tupakointi
- ikääntyminen
- aliravitsemus
- ihon altistuminen kosteudelle
- asiakkaan huono hygienia
- inkontinenssihoito
- ihoa ärsyttävät aineet
- pitkäaikainen vuodelepo
- kipsi tai ortoosi (tuki).

Painehaavaluokitus EPUAP:n mukaan

EPUAP on Euroopan painehaava-asiantuntijaneuvosto, jossa on jäseniä eri puolilta maailmaa. EPUAP on tehnyt kansainvälisen luokituksen, jossa painehaavat luokitellaan haavan syvyyden mukaan neljään eri luokkaan.

PAINEHAAVAHELPPERI

©NPUAP – EPUAP painehaavojen syvyysluokitus I–IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalenematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vettyminen (maseraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinahka on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudosisvaurio, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvässä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syvyys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINET JA ESTÄ IHON VENYMINEN

NPUAP – EPUAP KANSAINVÄLISEN PAINEHAAVA- LUOKITTELUJÄRJESTELMÄN LISÄLUOKAT

Luokittelematon

Koko ihon tai kudoksen vaurio, jonka syvyys on tuntematon.

Haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa. Haavan syvyyttä ei voida määrittää ennenkuin kate ja nekroosi on poistettu. Kyseessä on joko III tai IV asteen painehaava. Älä poista kantapäästä kiinteää, kuivaa, pohjassaan kiinniolevaa, ehjäpintaista rupea tai nekroosia, joka ei hylly (fluktoi).

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



Luokittelematon

Epäily syvien kudosten vauriosta, jonka syvyys on tuntematon.

Sinertävä tai punaruskea ehjä iho tai veren täyttämä rakkula, joka johtuu alla olevan pehmytkudoksen paineen ja/tai venymisen aiheuttamasta vauriosta. Haavan kehittyminen voi olla nopeaa paljastaen alla olevia kudokset hyvästä hoidosta huolimatta.

Hoitoperiaate: Seuraa päivittäin vauriota. Poista paine ja estä ihon venyminen. Konsultoi lääkäriä.



©NPUAP – EPUAP 2009

Kosteusvaurio

Kosteassa vauriossa (kostealeesio) iho on kiiltävä, hautunut, punoitava ja siinä on ihorikkoja, joissa ei ole nekroosia. Haavan reunat ovat epäsäännöllisiä. Syvässä pakaravaossa, tai peräaukon (anus) ympärillä oleva punoitus ja ihorikot ovat yleensä virtsa- tai ulosteinkontinenssin aiheuttamia. Kosteusvaurio sijaitsee painehaavalle epätyypillisessä paikassa, mutta voi kehittyä myös luisen ulokkeen päälle.

Hoitoperiaate: Kosteuden ehkäisy ja hoito.



© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011 • www.shhy.fi

Painehaavojen riskipisteytys

Painehaavariskin arviointiin käytetään monia erilaisia mittareita. Niiden avulla saatujen tulosten pohjalta voidaan ennaltaehkäistä painehaavojen syntymistä asiakkailta. Mitä vähemmän asiakas saa pisteitä, sitä suurempi riski hänellä on saada painehaava.

Bradenin riskimittari on mittareista käytetyin. Siinä kartoitetaan pisteyttämällä asiakkaan fyysinen aktiivisuus, liikkuvuus, venyttävät ja hankaavat voimat, tuntoaisti, ihon altistuminen kosteudelle ja ra-

vinnon nauttiminen. Jos asiakas saa 6–9 pistettä, hänellä on korkea riski painehaavoihin. Jos taas pisteet ovat 19–23, asiakkaalla on matala riski saada painehaava. Muita painehaavariskin arviointimittareita ovat **Nortonin riskimittari**, **Waterloon riskimittari** sekä **Andersenin riskimittari**.

VINKKI

Jokaiselle asiakkaalle tehdään aina painehaavariskipisteytys, jos hänen toimintakykynsä muuttuu. Se tuo esille riskitekijöitä, joihin puuttuminen estää painehaavojen synnyn.

Suosittelujen yleisriskimittarien riskirajat ja painehaavojen esiintyminen

Riski-luokka	SHAPE Risk Scale (SRS) riskipisteet	Braden-riskipisteet	Painehaavojen esiintyminen (%) SRS / B	Potilaita riskissä (%) SRS / B
Erittäin korkea riski	≥ 19	6 - 9	39 / 47	3 / 3
Korkea riski	13 - 18	10 - 14	23 / 29	29 / 27
Keskinkertainen riski	7 - 12	15 - 18	14 / 16	57 / 24*
Matala riski	≤ 6	19 - 23	3 / 7	11 / 46*

Soppi, Iivanainen & Korhonen 2012/2014

*P < 0.001

Patjan valintaopas

PAINEHAAVARISKI	TUOTTEET	PATJAN VALINTA PAINESAARISKILUOKITUKSEN MUKAAN (esim. Braden, Norton, SRS)
Erittäin korkea painehaavariski	Carita®Optima Täyspatja	TUOTEKUVAUS Automaattisesti säätyvä minimipainepatja. Painosuositus 7-300 kg.
Korkea painehaavariski	Carita®Optima Täyspatja Carita®OptimaEZ Täyspatja Carita®Smart Sijauspatja	Automaattisesti säätyvä minimipainepatja. Painosuositus 7-300 kg. Automaattisesti säätyvä minimipainepatja. Painosuositus 40-175 kg. Automaattisesti säätyvä sijauspatja. Painosuositus 40-175 kg.
Keskinkertainen painehaavariski	Carita®Smart Sijauspatja EkoUltraXL Täyspatja EkoXL Täyspatja Tergo®Safe4 Täyspatja Tergo®Safe3 Täyspatja Tergo®Safe2 Täyspatja EkoUltra Täyspatja EkoWave Täyspatja EkoAvec Sijauspatja	Tarkkuuspainemittarilla säädettävä sijauspatja. Painosuositus 40-175 kg. 12 cm PU-geelivaahtoa + 5 cm kimmovaahtoa. Painosuositus 0-250 kg. 7 cm PU-geelivaahtoa + 10 cm kimmovaahtoa. Painosuositus 0-200 kg. 12 cm PU-geelivaahtoa + 5 cm kimmovaahtoa, reunapalkit. Painosuositus 0-250 kg. 7 cm PU-geelivaahtoa + 6 cm kimmovaahtoa, reunapalkit. Painosuositus 0-150 kg. 5 cm PU-geelivaahtoa + 8 cm kimmovaahtoa, reunapalkit. Painosuositus 0-180 kg. 7 cm PU-geelivaahtoa + 6 cm kimmovaahtoa. Painosuositus 0-150 kg. 5 cm PU-geelivaahtoa + 8 cm kimmovaahtoa. Painosuositus 0-150 kg. 6 cm PU-geelivaahtoa + 1 cm tukivaahtoa. Painosuositus 0-130 kg.

Autamme tarvittaessa oikean patjan valitsemisessa riskikartoituksen mukaan, halutessanne autamme myös patja-
oon valinnassa. Erikoiskokoja saatavana kaikista patjoista. **Patjat on mahdollista saada kiinteillä pelastuspäällisillä.**

MediMattress Oy, Haukilahdenkatu 4, 00550 Helsinki, puh. 0306 40 40 40
asiakaspalvelu@medimattress.fi www.medimattress.fi www.carital.com



Painehaavariskin arviointi



MediMattress
Parempaan hoitoon

Braden painehaavariskimittari

Braden B, Bergstrom N.
A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabilitation Nursing 1987;12:8-12.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V.
The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 1987; 36:205-210.

Soppi E, Iivanainen A, Korhonen P.
Concordance of Shape Risk Scale, a new pressure ulcer risk tool, with the Braden scale. Int Wound J 2012, DOI: 10.1111/ijw.12015; 2014; 11: 611-615.

Soppi E, Iivanainen A.
Painehaavariski ja makuualustojen käyttö. Erikoislääkäri 2015;25:11-15.

Käännös tarkistettu 2015

ESN: täydellinen parenteraalinen ravitus

Luokittelu/ Pisteet	1	2	3	4
Fyysinen aktiivisuus	Sänkyyn hoidettava potilas	Istumaan kykenevä potilas Kyky kävellä rajoittunut huomattavasti tai puuttuu. Ei pysty kannattamaan omaa painoaan ja/tai vaatii avustusta siirtymisessä tuoliin tai pyörätuoliin.	Kävelee ajoittain Kävelee ajoittain päivän aikana, mutta vain lyhyitä matkoja joko ilman apua tai avustettuna. Vietää suurimman osan hoitovuorosta sängyssä tai tuolissa.	Kävelee usein Kävelee huoneen ulkopuolella vähintään kahdesti päivässä j huoneessa kerran kahdessa tunnissa valvellaoloaikana.
Liikkuvuus Kyky muuttaa ja kontrolloida kehon asentoa	Täysin liikkumaton Ei pysty aktiivisesti lainkaan liikkumaan kehoaan tai raajojaan ilman apua	Hyvin rajoittunut Pystyy ajoittain muuttamaan kehon tai raajojen asentoa, mutta on kykenemätön toistuviin tai huomattaviin asentomuutoksiin avustamatta.	Osittain rajoittunut Useita, joskin pieniä raajojen asentomuutoksia ilman avustusta.	Rajoittamaton Huomattavia ja toistuvia asenmuutoksia ilman avustusta.
Venyttävät ja hankaavat voimat	Huomattavia Vaatii huomattavaa tai täydellistä avustusta liikkumisessa. Nostaminen ilman liu'uttamista mahdollista. Liukuu usein tuolissa tai sängyssä vaatien useasti toistuvaa apua. Spastisiteetti, kontraktuurat tai rauhattomuus johtavat lähes jatkuvaan hankaukseen.	Ajoittaisia Liikkuu vapaasti tai vaatii vain minimaalista avustusta. Liikkumassa keho todennäköisesti hankaa lakanaita ja muita hoitovälineitä vasten. Pystyy pitämään kohtuullisen hyvän asennon tuolissa tai sängyssä suurimman osan aikaa, mutta liukuu ajoittain.	Ei esiinny Liikkuu sängyssä tai tuolissa avustamatta ja lihasvoimaa on riittävästi kohottamaan kehon irti alustasta liikkumisen aikana. Ylläpitää hyvän asennon sängyssä tai tuolissa jatkuvasti.	
Tuntoaisti Kyky reagoida tarkoituksenmukaisesti paineesta johtuvaan epämukavuuteen	Puuttuu Ei reagoi (valita, kavahtaa tai takerru) kivuliaaseen ärsykkeeseen alentuneesta tajunnan tasosta tai rauhoittavasta lääkityksestä johtuen TAI rajoittunut kyky tuntea kipua suurimmalta osin kehon pinta-alasta.	Huomattavasti alentunut Reagoi vain kivuliaaseen ärsykkeeseen. Ei pysty kommunikoidaan epämukavuutta muuten kuin valittamalla tai rauhoittomudella TAI on tunteen puutos, joka rajoittaa kivun tai epämukavuuden tuntemusta yli puolelta kehon pinta-alasta.	Jonkin verran alentunut Reagoi puhutteluun, mutta ei voi aina ilmaista epämukavuutta tai tarvetta kääntämiseen TAI on osittainen tunteen puutos, joka rajoittaa kykyä tuntea kipua tai epämukavuutta 1-2 raajassa.	Normaali Reagoi puhutteluun. Ei ole tunteen puutoksia, jotka rajoittavat kykyä tuntea tai ilmaista kipua tai epämukavuutta.
Ihon altistuminen kosteudelle	Jatkuvasti kostea Iho pysyy melkein jatkuvasti kosteana hikoilusta tai virtsasta tms. johtuen. Kosteutta havaitaan aina kun potilasta liikutetaan tai käännetään.	Usein kostea Iho on usein, mutta ei aina kostea. Lakanat täytyy vaihtaa ainakin kerran hoitovuorossa.	Ajoittain kostea Iho on ajoittain kostea vaatiessa vuodevaatteiden ylimääräisen vaihdon kerran päivässä.	Harvoin kostea Iho on yleensä kuiva; vuodevaatteet vaihdetaan tavanomaisin välein.
Ravinnon nauttiminen Tavanomainen ravinnon nauttimismalli	Riittämätön Ei koskaan syö kokonaista kattauksia. Nauttii harvoin korkeintaan kolmasosan tarjotusta aterista. Nauttii 2 annosta tai vähemmän proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii nesteitä heikosti. Ei nauti nestemäistä ravintolisää TAI ei nauti mitään suun kautta ja/tai nauttii vain kirkkaita nesteitä tai on TPN > 5 pv.	Todennäköisesti riittämätön Syö harvoin kokonaista kattauksia tai nauttii vain puolet tarjotusta aterista. Nauttii vain 3 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/maito) päivässä. Nauttii ajoittain nestemäistä ravintolisää TAI ei saa optimaalista määrää nesteitä tai letkuruokintaa.	Kohtuullinen Syö yli puolet kustakin aterista. Nauttii 4 annosta proteiinipitoista ruokaa (liha/ maito) päivittäin. Kieltäytyy ajoittain ruuasta, mutta nauttii tarjotun ravintolisän TAI on letkuruokinnalla tai TPN -ravitsemuksella, joka todennäköisesti kattaa ravitsemustarpeen.	Hyvä Syö suuren osan jokaisesta aterista. Ei koskaan kieltäydä aterista. Syö tavallisesti ≥4 annosta lihaa ja maitotuotteita Joskus nauttii ravintoa aterioita välillä. Ei tarvitse ravintolisää.

Kirurgian poliklinikka,
Haavahoitaja

Potilasohje Eksote

PAINEHAAVA

Painehaava on paikallinen, yleensä luu-ulokkeen kohdalla esiintyvä ihon ja / tai ihonalaisen kudoksen vaurio, jonka aiheuttaa kudokseen kohdistuva paine tai venytys. Pitkittynyt paine ja puristus aiheuttaa paikallisesti ihon kapillaariston heikentyneen veren vaihtuvuuden, jolloin kudostasolla syntyy iskemia ja solunegroosi.

EPUAP- PAINEHAAVAN SYVYYSLUOKITUS:

Ensimmäisen (1.) asteen painejaava:

Ehjän ihon punoitus, joka ei häviä asentoa vaihdettaessa. Ihon värin muutos, kipu, kuumotus, turvotus tai ihonalaisen kudoksen kovettuminen ovat merkkejä ensimmäisen asteen painejaavasta.

Hoito:

- Poista paine verenkierron parantamiseksi (asentoahoito, patjat, istuintyyntyt)
- Vältä hieromista punottavilla ja luu-uloke kohdilla. Hieronta voi aiheuttaa ihon venymistä sekä kudoksen hankautumista.
- Suositeltavia ovat hydrokolloidit (Duoderm) ja polyuretaanivahtoilevyt (Mepilex) sekä läpinäkyvät polyuretaanikalvot.

Toisen (2.) asteen painejaava:

Ihon tasossa oleva pinnallinen vaurio, joka ulottuu epidermikseen ja dermikseen saakka. Haava on pinnallinen, punainen, rikkoutunut, rakkulainen tai nirhautunut.

Kolmannen (3) asteen painejaava:

Koko ihon läpäisevä vaurio, johon liittyy ihonalaisen kudoksen negroosi. Vaurio voi ulottua lihaksen peitinkalvoon mutta ei sen läpi.

Neljännän (4) asteen painejaava:

Ihon alaiseen rasvakudokseen ulottuva koko ihon ja ihonalaisen kudoksen vaurio. Lihakseen, luuhun ja/tai niveleen ulottuvaa. Haavassa on usein taskumaisia kohtia ja onkaloita.

Hoito:

- Poista paine (asentoahoito, patjat, istuintyyntyt)
- Suojaa ihoalue hankaukselta, kosteudelta ja infektoitumiselta
- Hoito VPK-M väriluokituksen mukaan.

Kirurgian poliklinikka,
Haavahoitaja

RISKILUOKITUS

Riskipotilaiden tunnistaminen on lähtökohta painehaavojen ennaltaehkäisyssä. Potilaan riskiä saada painehaava kartoitetaan tekemällä painehaava riskiluokitus. Riskiluokitus auttaa tunnistamaan painehaavariskissä olevat potilaat ja näin ennaltaehkäisytoimet saadaan kohdennettua oikein.

Kaikille potilaille lasketaan Bradenin riskipisteet. Riskinarvioinnin tulee tapahtua viimeistään vuorokauden kuluttua potilaan sairaalaan tulosta. Tilanne arvioidaan aina uudestaan, jos potilaan tilanteessa tapahtuu muutoksia.

Riskipotilaiden iho tarkistetaan päivittäin ja tiedot kirjataan ylös. Painehaavat tunnistetaan ja ne kirjataan EPUAP:n syvyysluokituksen mukaan. Riskipisteet merkitään potilaan sairaskertomukseen.

BRADENIN RISKILUOKITUS

	1	2	3	4	PISTEET:
TUNTOAISTI	Täysin rajoittunut	Erittäin rajoittunut	Hieman rajoittunut	Normaali	
IHON KOSTEUS	Jatkuvasti kostea	Lähes aina kostea	Ajoittain kostea	Harvoin kostea	
FYYSINEN TOIMINTAKYKY	Vuodepotilas	Istuu ajoittain	Kävelee ajoittain	Kävelee toistuvasti	
ASENNON VAIHTOKYKY	Täysin liikunta-kyvytön	Hyvin rajoittunut	Jonkin verran rajoittunut	Normaali	
RAVITSEMUS	Erittäin heikko	Todennäköisesti riittämätön	Riittävä	Erinomainen	
KUDOSTEN JOUTUMINEN VENYTYKSEN JA HANKAUKSEN KOHTEEKSI	Ongelma	Todennäköinen ongelma	Ei ongelmaa		

Kirurgian poliklinikka,
Haavahoitaja

PAINEHAAVOJEN ENNALTAEHKÄISY

ASENTOHOITO

Paineen alentaminen ja poistaminen kudokselta on tärkein painehaavojen ehkäisykeino. Asennon vaihto tai painopisteen muutos vuoteessa huomioidaan 2-3h välein, tarvittaessa useamminkin. Tuolissa painopisteen muutos 15min.välein. Riskipotilaan istumisaika voi olla korkeintaan kaksi tuntia kerralla. Istumisessa tulee olla myös painetta keventävä istuintyyppi. Potilaan siirtämisessä vältetään vetämistä alustaa vasten venymisen ja hiertymisen välttämiseksi.

Apuvälineiden käyttö huomioitava yksilöllisesti:
nosturit, siirtolevyt ja -kankaat, henkilönostimet, asentohoitotyyppi ja painehaavapatjat.
Istumapainemittaukset suorittaa ICF Group Oy, Hakamäenkuja 4-6, 01510 Vantaa. Sähköposti: myynti (at) icf.fi Katri Pitkänen puh.0408673623.

IHONHOITO

Hyvä hygienia edistää ihon pysymistä ehjänä. Rasvaus hoitaa ja suojaa kuivaa ihoa. Tarvittaessa luu-ulokkeisiin ja punoittaville alueille iho rikkoutumien ehkäisemiseksi hydrokolloidit ja polyuretaanivaahtolevyt ovat oiva apu.

Virtsanpidätyskyvyttömyydestä aiheutuvaa ihon hautumista estetään pintakuivavaippojen käytöllä.

Jos iho on hautunut tai rikkoutunut, cystofixin tai katetrin käyttö tilapäisesti edesauttaa ihon kunnon paranemista. Jos esiintyy ulosteinkontinenssia, (avanne) tai iho suojataan erityisrasvoilla (Cavilon) tai hunajatuotteilla.

RAVITSEMUS

Ravitsemuksellinen tasapaino ylläpitää kudosten terveyttä. Seurataan potilaan ravinnon ja nesteen saantia ja tarvittaessa tehdään suunnitelma lisäravinteiden käytöstä. Kirjataan ylös ravitsemusrajoitteisen potilaan syövä ravinto ja neste sekä punnitaan potilas säännöllisesti.

Haavapotilaiden suositeltava energian saanti 35 - 40 kcal/kg/vrk. Proteiinia 1,25 - 1,5g/kg. Lisäksi riskipotilaille voi antaa lisäravintovalmisteita esim. Cubitan, Nutridrink. Tarvittaessa laboratoriotestit (S - Alb, Pre-alb, transferriini) ja yhteydenotto ravitsemusterapeuttiin.

Kirurgian poliklinikka,
Haavahoitaja

KONSERVATIIVINEN HOITO

Painehaavan alkuvaiheen hoito on konservatiivista eli

- potilaan yleiskunnon parantaminen mm. tupakoinnin lopettaminen
- perussairauksien hoitaminen (esim. diabetes, kardiovaskulaaritaudit) yhdessä hyvän asentohoidon (mm. O-painepatja, apuvälineiden kunnon tarkistus) ja proteiinipitoisen ravinnon kanssa.

Painehaavan puhdistuksessa ja haavapohjan valmistelussa tulee huomioida haavatyypin (esim. erittävä haava, onkalohaava tai negroottinen haava) ja valita haavasidos eritteen määrän ja haavan sijainnin, vakavuusasteen sekä syvyyden perusteella.

Sidoksen tulee edistää haavan paranemisprosessia ja terveen kudoksen muodostumista. Sidoksen vaihtoväli valitaan haavatyypin ja eritteen määrän mukaan.

Vakuumiterapia sopii myös decubituksen hoitoon, mutta ainoastaan puhdistetulle, infektoitumattomalle haavalle. Alipaineella saadaan poistettua haavalta tehokkaammin eritteitä ja bakteereita sekä kiihdytettyä verisuonten muodostumista sekä nopeutettua granulaatiokudoksen syntymistä. Hoidon vaikuttavuus tulee arvioida kahden viikon kuluttua.

KIRURGINEN HOITO

Painehaavan revisiolla tarkoitetaan kuolleen kudoksen poistoa, joka voidaan tehdä joko vuodeosastolla tai poliklinisesti. Revidoinnin jälkeen haava hoidetaan konservatiivisesti puhdistamalla haava kuolleesta kudoksesta.

Painehaavan kirurgisena hoitona erilaiset kudostulehdukset (iho - subcutis, lihaskielekkeet) tulee harkittavaksi sellaisissa syvissä ja laajoissa III-IV asteen haavoissa, joiden paraneminen ei edisty 2-3kuukauden kuluessa.

Leikkauksen jälkeen jatkohoito on tärkeää ja että potilas noudattaa annettuja hoito-ohjeita kuten

- yksilöllistä asento- ja hoitosuunnitelmaa
- dreeni 3-7vrk
- mobilisaatio 5-7vrk ja
- vältettävä kielekkeen kuormittumista ja venymistä 3-6 viikkoa.

Potilaalla tulee olla korkean riskiluokan painehaavapatja .

Ompeleet tai haavahakaset poistetaan 10 - 14 päivän kuluttua leikkauksesta. Istuinkohdan alueella olevan painehaavan päällä istuminen kielletään kuudeksi viikoksi, jotta haava paranisi komplikaatioitta.