



ρικής νευροπάθειας κυμαίνεται από 70 έως και 100%, με διαφορετικής βαρύτητας συνυπάρχουσα περιφερική αγγειακή νόσο. Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του τραύματος. Στο 80-90% των περιπτώσεων διαβητικού έλκους προηγείται τραυματισμός του πάσχοντος άκρου, ο οποίος πολλές φορές είναι ήσσονος σημασίας. Επιπλέον, μηχανικοί παράγοντες, όπως ο περιορισμός της κινητικότητας των αρθρώσεων και η ύπαρξη οστικών προεξοχών και παραμορφώσεων του άκρου ποδός, η αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ασθενούς αναγνωρίζονται ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διαβητικού έλκους.

Παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται σε διεθνές επίπεδο για την πρόληψη των ακρωτηριασμών, η συχνότητά τους στους διαβητικούς ασθενείς συνεχώς αυξάνει. Ωστόσο, υπολογίζεται ότι η ελάττωση των ακρωτηριασμών κατά 50% είναι εφικτή με την εφαρμογή ορισμένων απλών μέτρων. Η λεπτομερής κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση του ασθενή από το θεράποντα ιατρό, για την πρώτη διάγνωση και αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη ιστικής βλάβης, όπως της νευροπάθειας, της αποφρακτικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων και των ανατομικών ανωμαλιών μπορούν να αποτρέψουν την ιστική βλάβη, που οδηγεί στον ακρωτηριασμό. Ο τακτικός έλεγχος των άκρων ποδών και των υποδημάτων του ασθενούς δεν θα πρέπει να παραλείπεται. Μετά την αρχική εκτίμηση του ασθενούς και τον καθορισμό των παραγόντων κινδύνου, επιβάλλεται η χορήγηση υποδημάτων, που θα ελαττώνουν τις πιέσεις σε συγκεκριμένα σημεία και θα προσαρμόζονται στην ανατομία και τις ιδιομορφίες του ποδιού, στον τρόπο βάδισης και στις ανάγκες του ασθενούς. Σημαντικό ρόλο, επομένως, στην πρόληψη των διαβητικών ελκών διαδραματίζει ο τύπος των υποδημάτων. Επίσης, σημαντική είναι η τακτική φροντίδα των ποδιών από ειδικό και κυρίως η κοπή των ονύχων και η αφαίρεση των τύλων. Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για τη σημασία της φροντίδας των ποδιών του και να εκπαιδεύεται κατάλληλα, έτσι ώστε να μπορεί να εφαρμόζει τα ενδεικνυόμενα μέτρα υγιεινής.

Ένα σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η υποτροπή των διαβητικών ελκών μετά την αρχική επούλωση. Σαν υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση του έλκους στην αρχική θέση και σε χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών μετά την αρχική επούλωση. Για την πρόληψη των υποτροπών ή της εμφάνισης νέων ελκών στον ίδιο ασθενή είναι απαραίτητη η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και η άμεση παρέμβαση που αποσκοπεί στην αποτελεσματική τροποποίησή τους.

ΑΝΤΩΝΙΑ ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Msc

Ο νοσηλεύτης και κάθε επαγγελματίας υγείας που φροντίζει διαβητικούς οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες κινδύνου ενδογενείς και εξωγενείς καθώς και τον τρόπο απομάκρυνσής τους αλλά και να εκπαιδεύσει κατάλληλα τους διαβητικούς προκειμένου να προληφθεί η εξέλκωση και η λοίμωξη του ΔΠ οι οποίες πιθανόν να οδηγήσουν στον ακρωτηριασμό του ποδιού. Βασική προϋπόθεση είναι ο διαχωρισμός των διαβητικών σε εκπαιδευτικές κατηγορίες με πρώτο κριτήριο την φυσική τους κατάσταση και δεύτερο το επίπεδο γνώσεων. Συνήθως διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: α) στην 1η κατηγορία εντάσσονται διαβητικοί χωρίς διαγνωσμένη νευροαγγειοπάθεια στους οποίους επισημαίνονται οι βασικές

αρχές υγιεινής, β) στη 2η κατηγορία εντάσσονται διαβητικοί με διαγνωσμένη νευροαγγειοπάθεια οι οποίοι εκπαιδεύονται σε ειδική φροντίδα των ποδιών, ενώ στην 3η κατηγορία ανήκουν διαβητικοί ηλικιωμένοι ή με κάποια μορφή αναπηρίας (φυσικής – διανοητικής) οι οποίοι χρειάζονται ειδική μεταχείριση και όχι σπάνια απαιτείται η εκπαίδευση άλλου ατόμου προκειμένου να αναλάβει την φροντίδα τους.

Γ1. Διαφορική διάγνωση ελκών κνήμης

Λουσιδης Αντώνιος ΓΝΑ « Ο Ευαγγελισμός »
Ρουμπή Μαρία ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Ένα από τα συνήθη προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει το προσωπικό υγείας είναι τα δερματικά έλκη.

Για τη προσέγγιση ασθενών με δερματικό έλκος κατατάσσουμε τις αιτίες που τα προκαλούν σε δύο κύριες ομάδες: (1) πρωτοπαθείς δερματικές νόσοι και (2) υποκείμενες συστηματικές νόσοι. Στην ομάδα των πρωτοπαθών δερματικών νόσων υπάρχουν τρεις κατηγορίες: α) αγγειακές β) σχετιζόμενες με όγκο και γ) λοιμώδεις. Η ομάδα της περιφερειακής αγγειακής νόσου περιλαμβάνει τη συχνότερη αιτία ελκών των κάτω άκρων στους ενήλικες, που είναι η φλεβική ανεπάρκεια.

Η θέση του Αγγειοχειρουργού είναι να επιλέξει τους ασθενείς με φλεβικό έλκος οι οποίοι θα ωφεληθούν από χειρουργική επέμβαση, συνήθως απολίνωση διατηρητικών φλεβών.

Μικρός αριθμός τέτοιων ασθενών τελικά θα χρειαστεί αντιμετώπιση από πλαστικό χειρουργό για κάλυψη του ελλείμματος. Ρόλος του Νοσηλευτή είναι να συλλέξει όλες εκείνες τις πληροφορίες που χρειάζονται προκειμένου να εντοπίσει τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών με έλκος κνήμης και στη συνέχεια να προβεί στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της Νοσηλευτικής φροντίδας κατά περίπτωση. Πηγή των πληροφοριών του είναι το ιστορικό και η φυσική εξέταση του ασθενή.

Στη παρούσα εργασία γίνεται αναφορά στις Νοσηλευτικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται σε έλκη κνήμης, τα οποία οφείλονται σε φλεβική ανεπάρκεια, αρτηριοπάθεια.

Γ3. Αντιμετώπιση πόνου σε άτονα έλκη

ΝΙΚΗ ΠΑΠΑΡΙΖΟΥ

«Ο Πόνος αποτελεί τον τρομερότερο δυνάστη της ανθρωπότητας, χειρότερο κι από τον θάνατο».
Albert Schweitzer (1953)

ΟΡΙΣΜΟΙ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Πόνος (Pain): Είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης. IASP (International Association for the Study of Pain): Ανάλογα με τη διάρκειά τους, ο πόνος διαίρεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, σε οξύ και χρόνιο πόνο.

Οξύς Πόνος (Acute Pain): Είναι η φυσιολογική, προβλεπόμενη



απάντη-ση σε βλαπτικό χημικό, θερμικό και μηχανικό ερέθισμα και σχετίζεται με τραύμα, χειρουργική επέμβαση και οξεία ανίατη νόσο. Είναι δηλαδή σύμ-πτωμα κάποιας άλλης παθολογικής εξεργασίας.

Χρόνιος Πόνος (Chronic Pain): Είναι μια επώδυνη κατάσταση που επιμέ-νει και που η αιτία της δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί. Ο χρόνιος πό-νος δεν είναι σύμπτωμα. Θεωρείται αυτός καθαυτός σαν ασθένεια με τα δικά της σημεία και συμπτώματα. Με κριτήριο την παθοφυσιολογία του, ο πόνος διακρίνεται σε αλγαισθητικό και νευροπαθητικό πόνο.

Αλγαισθητικός Πόνος: Είναι αυτός που προκύπτει σαν αποτέλεσμα του ερεθισμού και της ευαισθητοποίησης των αλγοϋποδοχέων.

Νευροπαθητικός ή νευρογενής ή νευραλγικός Πόνος: Είναι ο πόνος που προ-καλείται από μια βλάβη ή δυσλειτουργία σε κάποιο σημείο του νευρικού συστήματος. Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι η δυσαισθησία. Η δυσ-αισθησία είναι μια τροποποιημένη αισθητικότητα που διαφέρει από τη γνωστή οικεία αίσθηση του πόνου.

Ο πόνος στα άτονα έλκη μπορεί να είναι αλγαισθητικός (από το ίδιο το τραύ-μα) ή και νευροπαθητικός από την υποκείμενη νόσο (περιφερική αποφρα-κτική αγγειοπάθεια).

A. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

1. ΜΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

- Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ (aspirin).
- Την παρακεταμόλη ή ακετομινοφαίνη.
- Τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ).

2.«ΣΥΝΟΔΑ» ΤΩΝ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΑ

Με τον όρο «συνοδά» νοούνται τα φάρμακα που η πρωταρχική τους ένδειξη είναι άλλη από τον πόνο, αλλά δρουν αναλγητικά σε ορισμένες επώδυνες καταστάσεις.

Συνοδά των αναλγητικώνφάρμακα είναι:

- Αντικαταθλιπτικά
- Αντιεπιληπτικά
- Κορτικοστεροειδή
- Α2 ανταγωνιστές (κλονιδίνη)
- Κεταμίνη
- Νευροληπτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά
- Τοπικά αναισθητικά
- Καλσιτονίνη

3.ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Οι μέθοδοι χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων είναι:

- Άμεσες (υπαραχνοειδής, επισκληρίδιο)
- Έμμεσες Γαστρεντερική οδό
- Από το στόμα
- Διορθικά

Δια των βλεννογόνων

- Στοματικής κοιλότητας
- Ρινός
- Δί'εισπνοής
- Ενδοφλέβια
- Ενδομυϊκά
- Υποδόρια
- Διαδερμικά

B. ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

- Αποκλεισμοί νεύρων.

- Νευροδιεγερτικές.

Γ.ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ – ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΈΣ

- Ψυχοκοινωνικές
 - Συμπεριφορική προσέγγιση (Behavioral approach)
 - Γνωσιακή θεραπεία (cognitive therapy)
- Φυσικές

Δ1. Η συντηρητική αντιμετώπιση του εγκαυματικού τραύματος

Πέτρος Παναγιώτου, Καραντζά Αναστασία,

Κέντρο Πλαστικής Χειρουργικής, Μικροχειρουργικής και Μονάδα Εγκαυμάτων, Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.Γεννηματάς».

Η συντηρητική αντιμετώπιση αφορά κυρίως τα μερικού και βαθέως μερικού δερματικού πάχους εγκαυματικά τραύματα, καθώς και την προετοιμασία της εγκαυματικής κοίτης να δεχθεί δερματικά μοσχεύματα. Ο στόχος της συντηρητικής αγωγής είναι να διατηρήσει το εγκαυματικό τραύμα όσο το δυνατόν άσηπτο ούτως, ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία της επούλωσής του και να αποφευχθεί η μετατροπή του σε ολικού πάχους έγκαυμα.

Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την απομάκρυνση νεκρωτικών στοιχείων της επιφάνειας του τραύματος, φυσαλίδων που έχουν ραγεί καθώς και καθαρισμό από διάφορες ρυπαρές ουσίες. Η απομάκρυνση των φυσαλίδων διευκολύνει την συντηρητική αγωγή και προωθεί την επούλωση παρ'όσον ότι υπάρχει διχογνωμία ως προς το θέμα αυτό. Ακολούθως το τραύμα καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό και ελαφρύ αντισηπτικό διάλειμμα και καλύπτεται με επίθεμα που περιέχει αντιμικροβιακό παράγοντα.

Τα τοπικά αντιβιοτικά χρησιμοποιούνται για να ελαττώσουν την μικροβιακή ανάπτυξη και να εμποδίσουν την ανάπτυξη λοίμωξης. Κλινικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών δεν επιτυγχάνει τα ίδια αποτελέσματα. Οι αλλαγές του εγκαυματικού τραύματος καλόν είναι να γίνονται καθημερινώς, μέχρις πλήρους επουλώσεως η χειρουργικής κάλυψης με μοσχεύματα.

Οι συνηθέστεροι αντιμικροβιακοί παράγοντες είναι σήμερα ο σουλφαδιαζινικός άργυρος,ο νιτρικός άργυρος,η μαφενίδη,η ιωδιούχος ποβιδόνη και το φουσιδικό οξύ σε μορφή επιθεμάτων. Η ουλή είναι το τελικό αποτέλεσμα της επούλωσης του εγκαυματικού τραύματος.

Η ποιότητα τής μετεγκαυματικής ουλής εξαρτάται τόσο από το βάθος του τραύματος όσον και από την χειρουργική ή συντηρητική αγωγή που ακολουθήθηκε.Σημαντικό επίσης ρόλο στην εξέλιξη μιάς ουλής έχει η επουλωτική απάντηση του οργανισμού,η ανατομική θέση, η ηλικία ,το φύλο και η φυλή.

Τα επιπολής μερικού πάχους εγκαύματα επουλώνονται συνήθως με ελάχιστη ουλή ενώ τα βαθέως μερικού και ολικού πάχους με έντονη ουλή, που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε αισθητικά αλλά κυρίως λειτουργικά προβλήματα.