

υποδόριας χορήγησης
3. στο αυξημένο κόστος χρήσης της μεθόδου

Συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι η χρήση των αυξητικών παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην επουλωτική διαδικασία σε κάποια έλκη. Η μέθοδος να εφαρμόζεται με προσοχή και μόνο στις ενδεδειγμένες περιπτώσεις χρόνιων ελκών με τη παρακολούθηση από κάποιον ειδικό στη φροντίδα των τραυμάτων.

3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΟΛΩΜΕΝΟΥ ΦΩΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ Ιορδάνου Παναγιώτα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Αθήνας

Εισαγωγή. Η πίεση είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για τα έλκη κατακλίσεων όταν ο ασθενής παραμένει κλινήρης. Η παρατεταμένη ακινησία, η αδράνεια, η τριβή, και ο υποσιτισμός είναι βασικοί προδιαθεσικοί παράγοντες. Ο καθορισμός ενός προγράμματος εφαρμογής για την πρόληψη και τη διαχείριση των κατακλίσεων είναι επίσης σύνθετος. Το πολωμένο φως είναι ένας ουσιαστικός τύπος αντιμετώπισης των κατακλίσεων 1ου, 2ου, και 3ου, σταδίου.

Σκοπός. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστούν:

1. Το πολωμένο φως
2. Που χρησιμοποιείται
3. Ο τρόπος εφαρμογής του
4. Μία σχετική ερευνητική μελέτη.

Το πολωμένο φως το οποίο χρησιμοποιείται για θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι μόνο η ακτινοβολία από 480-3400nm η οποία εκπέμπεται από ένα ηλεκτρικό μηχάνημα, εύχρηστο και ακίνδυνο τόσο για τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία υγείας που το χρησιμοποιεί. Χρησιμοποιείται στη θεραπεία των κατακλίσεων ή γενικότερα των τραυμάτων, χειρουργικών τραυμάτων, εγκαυμάτων, διαβητικών ελκών και γενικότερα ελκών κάτω άκρων. Ειδικότερα, η κατάκλιση που ακτινοβολείται πρέπει να είναι καθαρή από νεκρωμένους, σαθρούς ιστούς, να μην υπάρχει τοπική λοίμωξη και να είναι στεγνή από υγρά. Το φως εφαρμόζεται από απόσταση 10εκατοστών, κάθετα πάνω στην κατάκλιση, καθημερινά για 5-7 λεπτά την ημέρα.

Υλικό και μέθοδος της μελέτης. Προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση του πολωμένου φωτός των κατακλίσεων. Επελέγησαν ασθενείς με δύο έλκη ο κάθε ένας, ένα από τα οποία έλαβε την πολωμένη θεραπεία (πειραματικό έλκος) και το άλλο χρησιμοποιήθηκε ως έλεγχος. Τα πειραματικά έλκη έλαβαν τις θεραπείες για δύο εβδομάδες που αποτελούνται από μια σύνοδο θεραπείας πέντε λεπτών ανά ημέρα, αποκλείοντας τα Σαββατοκύριακα. Η στατιστική ανάλυση (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μέσες τιμές των κατακλίσεων με χρώμα άσπρο/ροζ (χρώμα επούλωσης) των πειραματικών ελκών, μεταξύ 1ης και 2ης μέτρησης, αυξήθηκαν σημαντικά έναντι των ελκών ελέγχου ($p=0.021$) και αυξήθηκαν επίσης σημαντικά μεταξύ 2ης και 3ης μέτρησης ($p=0.003$). Οι μέσες τιμές των κατακλίσεων με ελάχιστη εκροή των πειραματικών ελκών αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ 1ης και 2ης μέτρησης, συγκριτικά με τα έλκη ελέγχου ($p=0.001$) και ομοίως σημαντικά μεταξύ 2ης και 3ης μέτρησης

($p=0.002$). Επίσης, οι επιφάνειες των πειραματικών ελκών μειώθηκαν σημαντικά μεταξύ 1ης και 2ης μέτρησης, από 2,84 έως 2,54 εκατ.2 ($p \leq 0.001$) και μεταξύ 1ης και 3ης μέτρησης από 2,84 έως 2,26 εκατ.2 ($p \leq 0.001$). Οι επιφάνειες των ελκών ελέγχου μειώθηκαν μεταξύ 1ης και 2ης μέτρησης, από 2,10 έως 2,08 εκατ. 2 ($p \leq 0.42$) και μεταξύ 1ης και 3ης μέτρησης, από 2,10 έως 2,04 εκατ. 2 ($p \leq 0.007$).

Συμπέρασμα. Οι κατακλίσεις που υποβλήθηκαν στην πρόσθετη θεραπεία με το πολωμένο φως στα αρχικά στάδια (1ου έως 3ου σταδίου) παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση από αυτές της ομάδας ελέγχου.

4. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΝΕΚΡΩΜΕΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ Ιορδάνου Παναγιώτα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Αθήνας

Εισαγωγή. Στο εμπόριο υπάρχουν πολλά σκευάσματα για τον καθαρισμό των κατακλίσεων από νεκρωμένους ιστούς. Παρ' όλα όμως τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα οι κατακλίσεις με τους νεκρωμένους ιστούς εξακολουθούν να υπάρχουν και να δημιουργούν προβλήματα. Επί πλέον παρουσιάζονται διάφορες μορφές βακτηριδίων ανθεκτικές στα αντιβιοτικά όπως ο *Staphylococcus aureus* κ.α. Το πρόβλημα των κατακλίσεων με νεκρωμένους ιστούς και οι διάφορες ανθεκτικές μορφές των μικροβίων δημιούργησαν την ανάγκη άλλων εναλλακτικών μορφών θεραπείας όπως την χρήση «αποστειρωμένων» προνυμφών.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει:

1. το υλικό της θεραπείας που είναι οι προνύμφες,
2. πως εφαρμόζονται
3. και πως δρουν θεραπευτικά

Ιστορικά οι προνύμφες έχουν χρησιμοποιηθεί το 1829 από τον Baron Larrey στον πόλεμο με τον Ναπολέοντα, στη συνέχεια από τον Αμερικανό ορθοπεδικό William Baer στον ΑΨ παγκόσμιο πόλεμο, ο οποίος έμεινε έκπληκτος από τα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι οι προνύμφες δεν υπήρχαν τότε με την σημερινή τους μορφή.

Σήμερα οι προνύμφες παράγονται στο Bridgent της Ουαλίας και στη Γερμανία με μία ειδική διεργασία που αφαιρεί από την επιφάνεια των ωών τα μικρόβια. Τα «αποστειρωμένα» ωά μεταφέρονται με άσηπτη τεχνική σε αποστειρωμένα φιαλίδια με ένα υπόστρωμα υλικού το οποίο επιτρέπει την εκκόλαψή τους και την επιβίωση τους όχι όμως την ανάπτυξή τους. Οι θεραπευτικές ιδιότητες των προνυμφών οφείλονται στα ένζυμα που εκκρίνουν τα οποία διαλύουν μόνο τους νεκρωμένους ιστούς και το διάλυμα γίνεται η διατροφή των προνυμφών μαζί και με τα διάφορα μικρόβια που υπάρχουν στο έλκος. Το υλικό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως φιαλίδιο με μεμονωμένες προνύμφες και ως βιολογικός σάκος. Το φιαλίδιο περιέχει 150 προνύμφες και για μικρά έλκη ο αριθμός είναι 10 για κάθε εκατ.2 Το θεραπευτικό υλικό απαιτεί ειδική τεχνική και απαραίτητο επιδεσμικό υλικό, μέρος του οποίου παρέχεται στο πακέτο αποστολής. Οι προνύμφες παραμένουν στην κατάκλιση 24-48 ώρες, μετά αφαιρούνται και καταστρέφονται. Χρειάζεται προσοχή, διότι οι προνύμφες μετά την τοποθέτηση είναι δυνατόν να φονευθούν οπότε δεν θα υπάρχει κανένα θεραπευτικό αποτέλεσμα



ή να εξέλθουν από το τραύμα και να «τρέχουν» στα σεντόνια. Ο βιολογικός σάκος είναι πιο εύκολος στη χρήση και αντιμετωπίζεται καλύτερα από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς αλλά τοποθετείται δύσκολα σε κατακλίσεις που δεν έχουν βάθος. Και στις δύο περιπτώσεις η θεραπεία μπορεί να επαναληφθεί αν χρειαστεί.

Οι θεραπευτικές ιδιότητες των προνυμφών είναι καθαρισμός των κατακλίσεων από τα νεκρώματα, από τους σαθρούς ιστούς και από τα μικρόβια - καταπολεμούν τις τοπικές λοιμώξεις. Οι προνύμφες δεν τοποθετούνται σε κατακλίσεις ή τραύματα με αιμορραγική τάση, σε αυτά που επικοινωνούν με μεγάλα αγγεία ή με κάποια κοιλότητα του σώματος ή με όργανα του σώματος ή σε τραύματα που έχουν συρίγγια.

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»

ΩΡΑ: 9.00 – 10.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΓΑΡΝΑΒΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, ΚΑΜΠΙΣΙΟΥΛΗ ΕΥΣΤΑΘΙΑ

1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Γκλινάβου Ανδρομάχη,

Επιμελήτρια Ανασθησιολογικού Τμήματος

Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Ο πόνος ο οποίος χρονίζει στο τραύμα είναι συνήθως νευροπαθητικής αιτιολογίας και προκαλείται από βλάβες στο περιφερικό και στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Προέρχεται από μη ορατό (γνωστό) βλαπτικό ερέθισμα και προκαλείται από τη δυσλειτουργία των κεντρικών και περιφερικών νευρών.

Η πρώτη γενιά τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ή TCA (π.χ. αμιτριπυλίνη, ιμιπραμίνη, δοξεπίνη) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, τον οποίο αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά. Παρόλα αυτά, ο λόγος που οδηγεί στη χρήση και άλλων παρόμοιων παραγόντων π.χ. των σεροτονινονεργικών (SSRIs) είναι οι ισχυρές παρενέργειες των TCA. Η χρήση TCA οδηγεί ασφαλώς στη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου, ιδιαίτερα όταν ο πόνος είναι δυσαισθητικός ή καυστικός. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι παρ'ότι η αντικαταθλιπτική δράση αυτών των παραγόντων μπορεί να απαιτήσει αρκετές εβδομάδες, η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να γίνει σε λίγες μέρες ή να χρειασθεί 1-3 εβδομάδες και να απαιτηθούν υψηλότερες δόσεις, φθάνοντας μερικές φορές το ύψος της αντικαταθλιπτικής δόσης για κάποιους αρρώστους. Για τη ρύθμιση του ύπνου προτιμώνται χαμηλές δόσεις TCA παρά βενζοδιαζεπίνης.

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι ευρέως αποδεκτά για την αντιμετώπιση του χρόνιου νευροπαθητικού πόνου, ιδιαίτερω του καυστικού, διαξιφιστικού και δυσαισθητικού πόνου. Τελευταία, χρησιμοποιούνται ευρέως τα νέα αντιεπιληπτικά όπως η γκαμπαπεντίνη και η πρεγκαμπαλίνη.

Η θεραπεία του εγκατεστημένου νευροπαθητικού πόνου με κεταμίνη έδωσε πολύ καλά αποτελέσματα σε μερικές περιπτώσεις αλλά παραμένει το πρόβλημα των παρενεργειών.

Τα τοπικά αναισθητικά (με κύριο εκπρόσωπό τους τη λιδοκαΐνη) εκτός από την μεγάλη χρήση τους για αναλγησία με

ενδονωτιαία χορήγηση μπορούν να δοθούν και συστηματικά (από το στόμα, διαδερμικά, ενδοφλέβια) για την αντιμετώπιση του πόνου. Εξαιτίας των σημαντικών παρενεργειών πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στις προηγούμενες θεραπείες. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στον καυστικό, διαπεραστικό πόνο.

Επίσης με καλά αποτελέσματα χρησιμοποιούνται και οι αναστολείς των α2 αδρενεργικών υποδοχέων με κύριο εκπρόσωπό τους την κλονιδίνη, η οποία μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα, ενδοφλέβια, επισκληρίδια ή ενδονωτιαία.

Τα κορτικοστεροειδή δεν αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής λόγω ανεπιθύμητων δράσεων. Μπορούν όμως να μειώνουν την πυροδότηση που προέρχεται από περιοχές με νευρική βλάβη, επειδή εμφανίζουν σταθεροποιητική δράση στην μεμβράνη των νευρικών απολήξεων.

Τέλος, εκτός από τις συντηρητικές μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου, όταν αυτές αποτύχουν, υπάρχουν και οι παρεμβατικές, όπως π.χ. η τοποθέτηση εμφυτεύσιμων αντλιών και η διέγερση του νωτιαίου μυελού με ειδικό νευροδιεγέρτη.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία

1. Oaklander AL. Evidence-Based Pharmacotherapy for CRPS and Related Conditions.

In: Wilson PR et al.(Eds). CRPS: Current Diagnosis and Treatment. 2005 IASP Press.

2. Rosenberg AD. Reducing post-traumatic morbidity with pain management; Curr Opin Anaesthesiol 2000Apr;13(2):181-4.

2. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟ ΟΞΥ ΤΡΑΥΜΑ

Ντόλου Βασιλική

Ανασθησιολόγος, Αναπλ. Διευθύντρια

Γ.Ν.Α. «ο Ευαγγελισμός»

Το τραύμα ευθύνεται για την πρόκληση πόνου, νοσηρότητας και θνητότητας. Είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές νόσους και τον καρκίνο. Είναι όμως η κυριότερη αιτία θανάτου αφορούσα τις ηλικίες κάτω των 30 ετών. Συχνότατα οι τραυματίες-ασθενείς εμφανίζουν αξιοσημείωτο ποσοστό πόνου.

Στην άμεση αντιμετώπιση του τραυματία πρωτεύει, σύμφωνα με τους αλγόριθμους, η προστασία της αναπνευστικής και της καρδιαγγειακής λειτουργίας με συνέπεια να παραβλέπεται η αντιμετώπιση του πόνου. Η σωστή συνεργασία όλης της ιατρικής ομάδας στην επείγουσα προνοσοκομειακή φάση περίθαλψης, θα επιτρέψει τη χορήγηση τιτλοποιημένων δόσεων αναλγητικών φαρμάκων ώστε να αποφευχθεί τυχόν συγκάλυψη κλινικών εικόνων.

ΑΙΘΟΥΣΑ: «ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ»

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ: «ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ»

ΩΡΑ: 9.00 – 10.00

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΜΕΝΕΛΑΟΣ, ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ