



να που οφειλόταν σε, τετραπληγία (15 παιδιά), τροχαίο (3 παιδιά), καρδιοχειρουργική επέμβαση (2 παιδιά), πίεση από γυψοπίδεσμο (2 παιδιά) καρδιακή ανεπάρκεια (1 παιδί), ακτινοβολία (1 παιδί), έγχυση κυτταροστατικού εκτός φλέβας (1 παιδί) και σύνδρομο πολυστοματικής εκτοδέρμωσης- Stevens Johnson-(1 παιδί). Για την σύγκριση χρησιμοποιήθηκαν τοπικοί προωθητικοί, περιστρεφόμενοι, δερμολιπώδεις και δερμο-λιποπεριτονιακοί κρημνοί. Δερμο-μυικοί κρημνοί δεν χρησιμοποιήθηκαν επειδή συνήθως εγκαταλείπουν δυσχέρεια στην βάδιση. Αποτελέσματα : Όλα τα περιστατικά είχαν πλήρη επούλωση εντός 15 ημερών, εκτός από έναν ασθενή που έπασχε από βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια το τραύμα του οποίου επιμολύνθηκε τη 2η μετεγχειρητική ημέρα με πλήρη διάσπαση του τραύματος.

Συμπέρασμα : Για τα επιφανειακά ελλείμματα, όπως αυτά στο τριχωτό της κεφαλής, στη περιοχή του Αχίλλειου τένοντος ή σε έλλειμμα που προκύπτει μετά από έγχυση κυτταροστατικού φαρμάκου εκτός φλέβας, ένας απλός προωθητικός περιστρεφόμενος δερμολιπώδης κρημνός θεωρείται αρκετός. Αντίθετα, για τα βαθιά ελλείμματα, όπως μερικά στην περιοχή του κόκκυγα, ως ενδεικνυόμενος κρημνός θεωρείται ο δερμολιποπεριτονιακός ή ένας διπλός δερμολιπώδης εκ των οποίων ο ένας αποεπιηλιοποιείται και εμπεδώνεται κάτω από τον άλλο.

7. ΕΛΚΗ ΑΠΟ ΠΙΕΣΗ-ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

N. Σύρμος, Α. Αλεξανδρής, Β. Βαλαδάκης, Κ. Γρηγορίου, Δ. Αρβανιτάκης

Νευροχειρουργική Κλινική, "Βενιζέλειο" Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ- Κατακλίσεις-έλκη από πίεση παρατηρούνται συνήθως σε ηλικιωμένους, μη περιπατητικούς και κωματώδεις ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ- Κατά τον τελευταίο χρόνο (2006) σε 500 νοσηλευόμενους στην νευροχειρουργική κλινική είχαμε ένα ποσοστό 4% (20 ασθενείς) που εμφάνισαν τέτοιου είδους προβλήματα

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- Ο πόνος και ο κνησμός που προκαλούν είναι δυσάρεστα συμπτώματα και ιδιαίτερα όταν αφορούν ασθενείς που έχουν και άλλα σημαντικά προβλήματα. Η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη λύση καθώς είναι ευκολότερη διαδικασία από την οριστική θεραπεία

8. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Κοσμίδης Δ.¹ Κουτσούκη Σ.¹ Καπράνα Μ.²

1. Νοσηλεύτρες ΜΕΘ Γ.Ν Καβάλας
2. Νοσηλεύτρια, υπότροφος Ιδρύματος Ωνάση, υποψήφια διδάκτωρ πανεπιστημίου Manchester, England.

Εισαγωγή

Η συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων θεωρείται ένας από τους βασικότερους δείκτες ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομείο και ιδιαίτερα στην ΜΕΘ στην οποία εμφανίζονται συνήθως και τα υψηλότερα ποσοστά. Η ανίχνευση της επίπτωσης είναι το πρώτο βήμα για την συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σκοπός. Ο καθορισμός της επίπτωσης κατακλίσεων σε ασθενείς Μονάδας Εντατικής Θεραπείας.

Υλικό-Μέθοδος. Μελετήθηκαν 71 ασθενείς σε πολυδύναμη ΜΕΘ, ηλικίας άνω των 16 ετών, με διάρκεια παραμονής >24 ωρών, εκ των οποίων 55 (77,5%) άνδρες και 16 (22,5%) γυναίκες, 35,2% παθολογικοί και 64,8% χειρουργικοί, με μέσο όρο ηλικίας 53,62 (SD=19,7), μέση διάρκεια νοσηλείας (LOS) 12,3 ημέρες (SD=11,2) και μέσο όρο APACHE II εισαγωγής 15,49 (SD = 5,84) σε διάστημα 1 χρόνου (Απρίλιος 2005 – Απρίλιος 2006).

Η σταδιοποίηση των κατακλίσεων έγινε σύμφωνα με την ταξινόμηση της European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

Ασθενείς με κατακλίσεις θεωρήθηκαν εκείνοι που παρουσίασαν στάδιο II ή ανώτερο κατά την ανωτέρω ταξινόμηση.

Αποτελέσματα. Από τους 71 ασθενείς οι 24 παρουσίασαν συνολικά 77 νέες κατακλίσεις κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ και η συνολική επίπτωση ήταν 33,8% (3 ασθενείς εισήλθαν με προϋπάρχουσες κατακλίσεις). Η συχνότητα εμφάνισης (εκφρασμένη σε κατακλίσεις/1000 μέρες νοσηλείας ασθενών) ήταν 87 κατακλίσεις/1000 ημέρες νοσηλείας. 21 ασθενείς (87,5%) παρουσίασαν κατακλίσεις σταδίου II και 3 ασθενείς (12,5%) σταδίου III (ιεροκοκκυγική περιοχή και ράχη). Καμία κατάκλιση σταδίου IV δεν παρατηρήθηκε. Η συνηθέστερη ημέρα εμφάνισης της πρώτης κατάκλισης ήταν η 8η με 9η (average=8,54). Τα συνηθέστερα σημεία κατάκλισης ήταν στα ισχιακά κυρτώματα (32,5%) στη ράχη (22,1%) στην ιεροκοκκυγική περιοχή (16,9%), στις πτέρνες (6,5%) στις κνήμες (3,9%) και σε διάφορα άλλα σημεία (1,9%). Δύο (8,3%) από τους ασθενείς που παρουσίασαν κατακλίσεις εξήλθαν από την ΜΕΘ με πλήρη επούλωση ενώ 22 (91,7%) με μικρή ή καθόλου βελτίωση.

Συμπεράσματα. Το ποσοστό επίπτωσης που ανιχνεύθηκε στην παρούσα μελέτη μπορεί να θεωρηθεί υψηλό. Για τον έλεγχο και τον περιορισμό των κατακλίσεων στη μονάδα εντατικής θεραπείας, είναι αναγκαία η συνεχής ανίχνευση και καταγραφή της επίπτωσης καθώς και η περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλουν στην ανάπτυξη τους.

9. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΣ

Κ.Πολυζώης¹, Ο.Καστανά², Π.Μαρκίδης³, Ε.Πολυζώης⁴, Π.Τσαγανός⁵, Α.Μπιτσάκος⁵, Δ.Αλεξάκης²

1. Δ' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
2. Τμήμα Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
3. Β' Χειρουργική Κλινική ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»,
4. Γενικός Χειρουργός – «Ευρωθεραπεία Αθήναιον»,
5. Εταιρεία Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων

Σκοπός: Η παρουσίαση της εμπειρίας μας και ο προβληματισμός σχετικά με την αντιμετώπιση ασθενών με δερματικά έλκη από παρατεταμένη κατάκλιση, οι οποίοι διαμένουν και έχουν ανάγκη ιατρικής και νοσηλευτικής παρακολούθησης στην οικία τους.

Υλικό και μέθοδος: Παρακολουθήσαμε 13 ασθενείς (7 γυναίκες, 6 άνδρες) κατά την τελευταία ζετία. Οι παθολογικές καταστάσεις που κυρίως οδήγησαν στην εμφάνισή τους ήταν: ΑΕΕ(5), Άνοια(2), Άνοια με συνυπάρχουσα Αρθροπάθεια γόνατος(1) ή Αρτηριακή Εμβολή σκέλους(1), Πολλαπλή Σκλήρυνση(1), Παραπληγία από Τραυματική Κάκωση Σπονδυλικής Στήλης(1), Κάταγμα Ισχίου σε υπερήλικα(1), μετεγχειρητική παρατεταμένη ακινητοποίηση ασθενούς με κακοήθη νόσο(1). Η ανατομική

εντόπιση των ελκών κατάκλισης ήταν : ιερά χώρα, ισχία, πτέρνες, ράχη, πτερύγια ωτών, τριχωτό καφαλής, έξω σφυρά- έξω επιφάνεια κνήμης. Η διάμετρος των βλαβών κυμαινόταν από 2,5cm έως 15cm, ενώ η βαρύτητα τους ποίκιλε από τοπική ερυθρότητα έως βαριά εν τω βάθει νέκρωση με δημιουργία οστεομυελίτιδας. Ο χρόνος αναζήτησης της ιατρικής βοήθειας ήταν ποικίλος σε σχέση με τη βαρύτητα της βλάβης και αυτός ήταν συνάρτηση του βαθμού ευαισθητοποίησης του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς. Η αντιμετώπιση των βλαβών περιλάμβανε χειρουργικό καθαρισμό και τακτικές αλλαγές με εκπλύσεις με Ποβιδόνη Ιωδιούχο, Οξυγονούχο Υδρω, Υπέρτονο διάλυμα NaCl 15%, φυσιολογικό ορό, αναλόγως της ρυπαρότητας και του σταδίου επούλωσης του έλκους. Η κάλυψη γινόταν με επιθέματα υδροκολλοειδούς με ή χωρίς άργυρο, υδροτριχοειδικά και μεσολάβηση αλγινικού κορδονιού στις κοιλότητες. Η χρήση αντιβιοτικών ήταν κατά περίπτωση.

Αποτελέσματα: Πλήρης επούλωση και αποκατάσταση επιτεύχθη σε 3 ασθενείς, ενώ σε 6 ασθενείς υπήρξε σημαντική βελτίωση με εξυγίανση και υπολοιπόμενο έλλειμα έως 2cm. Τέσσερις ασθενείς απεβίωσαν λόγω της βαρείας κλινικής κατάστασης και νοσηρότητα σχετιζόμενη με την πρωταρχική τους ασθένεια. Ο χρόνος αποκατάστασης κυμάνθηκε από 2 έως 7 μήνες, για κάθε βλάβη ξεχωριστά, με μέγιστο χρόνο τους 11 μήνες. Η βελτίωση αυτή ήταν συνάρτηση της βελτίωσης της γενικής κατάστασης των ασθενών και της πιο αποτελεσματικής εν γένει περιποίησης που ελάμβαναν από το στενό περιβάλλον τους. Το τελευταίο ήταν αδύναμο αρχικά να συμμετάσχει στο βαθμό που θα έπρεπε. Παρά την αρχική αυτή αδυναμία, αρκετοί σταδιακά εξοικιώθηκαν και εκπαιδεύτηκαν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τους ασθενείς στην συντήρηση της βελτιωμένης κατάστασης.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με έλκη κατακλίσεως έχουν περιορισμένη σε μεγάλο βαθμό την κινητικότητα και την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους. Την κατ'οίκον παρακολούθηση και υποστήριξη αναλαμβάνει συνήθως το άμεσο συγγενικό περιβάλλον, το οποίο σπανίως έχει έστω και την στοιχειώδη νοσηλευτική εμπειρία. Η προβληματική επούλωση και η ανάγκη μακροχρόνιας, τακτικής και ανελλιπούς περιποίησης, έχουν ιδιαίτερες προεκτάσεις στην ιδιωτική και κοινωνική ζωή της κάθε οικογένειας. Η νοσηρότητα, που προσθέτουν τα έλκη κατακλίσεως σε ήδη επιβαρηνμένους ασθενείς, προσθέτει ένα ακόμα επιπλέον κόστος που επηρεάζει το Σύστημα Υγείας. Όλα τα παραπάνω κάνουν την παρουσία του ιατρού και του νοσηλευτή, στην κατ'οίκον φροντίδα και περιποίηση, ιδιαίτερα σημαντική και αναντικατάστατη. Αυτοί θα μεριμνήσουν για την πρόληψη της εμφάνισης τους, ευαισθητοποιώντας και εκπαιδεύοντας και τους μη-υγειονομικούς. Συνεπώς είναι και ένας Θεσμός που η ίδια η Πολιτεία θα πρέπει να προωθήσει, ενισχύοντας και οργανώνοντας ακόμη περισσότερο τις υπάρχουσες ανάλογες δομές των Δήμων.

10. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΤΟΝΩΝ ΕΛΚΩΝ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

A. Ζένιου, Γ. Αναγιωτός, Χρ. Φεσσάς, Μ. Νικολάου, Γ. Δημοσθένους, Γ. Κουλέρμου

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση και η μελέτη των σωστών

θεραπευτικών ενδείξεων της συντηρητικής αντιμετώπισης των τραυμάτων και των άτονων ελκών.

Παρουσιάζεται η εμπειρία της κλινικής στην αντιμετώπιση των τραυμάτων με διάφορες μεθόδους που έχουν σαν στόχο να προάγουν την επούλωση στο φυσιολογικό υγρό περιβάλλον του οργανισμού. Για την αντιμετώπιση των περιστατικών χρησιμοποιήθηκαν αλγινικής προέλευσης επιθέματα, πολυακρυλικά, υδροκολλοειδή, συσκευές αρνητικής πίεσης και βιολογικές μεμβράνες.

Η επιλογή της θεραπείας έγινε μετά τη μελέτη του τραύματος, της υποκείμενης νόσου, του εκλυτικού παράγοντα και της γενικής κατάστασης του οργανισμού.

Η συντηρητική θεραπεία παρέχει πολλά προτερήματα σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Με τη σωστή διαλογή ασθενών και τη διαμόρφωση της θεραπείας σε σχέση με το στάδιο επούλωσης, παρέχει μια εναλλακτική λύση ή μια φάση προετοιμασίας του τραύματος για την πιθανή τελική αποκατάσταση.

11. ΕΡΙΣΥΠΕΛΑΣ: ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟΝ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

N. Σύρμος, Σ. Πατιάκας, N. Καπουτζής, A. Τελεβάντος

Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ Το ερυσίπελας αποτελεί οξεία βακτηριδιακή λοίμωξη του δέρματος με χαρακτηριστική προσβολή των δερματικών λεμφαγγείων, η οποία προκαλείται από *Streptococcus* της ομάδας A. Εμφανίζεται συχνά στους αγρότες και στους κτηνοτρόφους.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Κατά την τελευταία τετραετία αντιμετωπίσαμε 82 ασθενείς με ερυσίπελας. Συγκεκριμένα 46 γυναίκες (ποσοστό 56%) και 46 άνδρες (ποσοστό 44%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η νόσος έχει ικανοποιητική ανταπόκριση στη συνήθη θεραπευτική αγωγή, παρόλο που η επίπτωσή της, λόγω κακής υγιεινής και επιβαρυντικών παραγόντων είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Τονίζουμε τη σημασία της έγκαιρης και αποφασιστικής παρέμβασης σε τέτοιες περιπτώσεις, καθώς και την προσφορά της Χειρουργικής Κλινικής.

12. Η ΑΜΕΣΗ ΧΡΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕΡΙΚΟΥ ΠΑΧΟΥΣ ΣΤΑ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΑ ΑΚΡΑΣ ΧΕΙΡΟΣ

Αγγελιδάκης Ι., Δασκαλογιαννάκης Ε., Τσιβγούλης Σ., Κουρτζέλη Μ., Ανδρεαδάκης Α., Μιχαηλίδης ΔΠ

Ορθοπαιδική Κλινική Γ Ν Ρεθύμνου
Δ/της: ΔΠ Μιχαηλίδης

Σκοπός: γίνεται αναδρομική μελέτη των αποτελεσμάτων της χρήσης μερικού πάχους δερματικών αυτομοσχευμάτων στα ελλείμματα άκρας χειρός σε πρώτο χρόνο από το ατύχημα.

Ασθενείς και μέθοδος: κατά την χρονική περίοδο 2004-2006 αντιμετωπίσαμε 17 ασθενείς (14 άντρες και 3 γυναίκες) με δερματικά ελλείμματα άκρας χειρός. Οι 15 περιπτώσεις αφορούσαν την παλαμιαία επιφάνεια και 2 τη ραχιαία. Χρησιμοποιήθηκε δέρμα από τη παλαμιαία επιφάνεια του αντιβραχίου στις 6 περιπτώσεις και δέρμα από τα ακρωτηριασθέντα δάκτυλα ή την αποσπασμένη ράγα δακτύλων, που προσκομίζονταν στο νοσοκομείο, σε 11 περιπτώσεις.

Αποτελέσματα: πλήρη ενσωμάτωση των μοσχευμάτων είχαμε