



ισχαιμία καθώς και την ικανότητα των αιμοφόρων αγγείων να επανακτήσουν φυσιολογική ροή αίματος.

Η βαρύτητα της προκαλούμενης βλάβης εξαρτάται από την ένταση του αιτίου, το χρόνο επίδρασης, την επαναλαμβανόμενη επίδρασή του, την ποιότητα του ιστού που υφίσταται την πίεση, την ανάπτυξη παράλληλων δυνάμεων, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την κατάσταση του δέρματος στην περιοχή που δέχεται την πίεση.

Επιβαρυντικοί παράγοντες είναι: η υποθρεψία (υποπρωτεϊναιμία-αβιταμινώσεις), η διανοητική έκπτωση, η φυσική έκπτωση (γήρας-ακινησία-νευρολογικά νοσήματα- αγγειοπάθειες), η ελαττωμένη ιστική ανοχή (αναμία - τοξιναιμία), η παχυσαρκία, η ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Η κλινική εικόνα των κατακλίσεων ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο της κατάκλισης από απλό ερύθημα με οίδημα που υποχωρούν περίπου μια ώρα μετά την άρση της ασκούμενης πίεσης, ενώ αν η πίεση εξακολουθήσει να ασκείται, εμφανίζονται φυσαλίδες, μόνιμη ερυθρότητα, πλήρης καταστροφή του δέρματος με εμφάνιση έλκους, νέκρωση λίπους, ατροφία και νέκρωση μυών, θυλακίτιδα, περισίτιδα- οστεΐτιδα, συρίγγια και ενδεχομένως πύαρθρο.

Για την παρακολούθηση των κατακλίσεων απαιτείται αιματολογικός, βιοχημικός και έλεγχος ηκτικότητας του αίματος, μέτρηση του ισοζυγίου αζώτου, ακτινογραφία, συριγγιογραφία και δακτυλική εξέταση του ορθού (ισχίο).

Για την πρόληψη των κατακλίσεων, ζωτικής σημασίας είναι: η τοπική φροντίδα των περιοχών που δέχονται πίεση, η ανάταξη της αναμίας και των υποβιταμινώσεων, η ανάταξη της καταβολικής φάσης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, με την εφαρμογή ολικής εντερικής θρέψης, συχνή αλλαγή θέσης ανά δίωρο, η οποία επιβάλλεται ακόμη και αν ο ασθενής βρίσκεται σε στρώμα αφρού LAL ή Clinitron, η επιπλέον προφύλαξη της πτέρνης και η αποφυγή επαφής του δέρματος με ούρα ή κόπρανα.

Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων περιλαμβάνει: την επισκόπηση- εκτίμηση της κατάκλισης, τον επιμελή καθαρισμό και νεαροποίηση (χειρουργικά- μηχανικά- ενζυμικά), την παροχέτευση αποστημάτων, τη διατήρηση στεγνού και καθαρού πεδίου, την αποφυγή επαφής με εξίδρωμα, ούρα ή κόπρανα, τη χρήση εξελιγμένων επιθεμάτων, ιστικές καλλιέργειες (σταφυλόκοκκος, ψευδομονάδα, πρωτέας, βακτηριοειδή) και τη θεραπεία ουρολογικών μώξεων.

Η κλειστή μέθοδος εξασφαλίζει την προστασία της κατάκλισης και τη διατήρηση υγρού περιβάλλοντος επούλωσης το οποίο ενεργοποιεί την αντιμικροβιακή δράση των πολυμορφοπύρηνων, ελατώνει τον πόνο επιτείνει την αυτόλυση των νεκρωμάτων και επιταχύνει την επούλωση. Τα σύγχρονα επιθέματα έχουν την ιδιότητα να ρυθμίζουν την παραγωγή εξιδρώματος, έχουν ικανότητες ελέγχου της μικροβιακής χλωρίδας, προστατεύουν μηχανικά την κατάκλιση, και επιταχύνουν σημαντικά την επούλωση, ενώ σε βαθιές κατακλίσεις προετοιμάζουν ταχύτερα την κοίτη για την χειρουργική αποκατάσταση.

Η επιλογή της μεθόδου καθαρισμού, νεαροποίησης και κάλυψης εξαρτάται από: το βάθος, το μέγεθος την εντόπιση, την παραγωγικότητα της κατάκλισης, την ύπαρξη φλεγμονής, δυσσομίας, νεκρωτικών ιστών, κοιλότητας καθώς και τον τρόπο κάλυψης του κόστους θεραπείας.

Σήμερα χρησιμοποιούνται υδρογέλες, ενζυμικοί παράγοντες και υδροκολλοειδή για νεαροποίηση με αυτόλυση παράλληλα με τον

χειρουργικό και μηχανικό καθαρισμό. Τα αλγινικά επιθέματα χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις με μέτρια παραγωγικότητα σε εξίδρωμα και διατίθενται σε μορφή φύλλου ή κορδονιού για κοιλότητες. Για περισσότερο παραγωγικές βλάβες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επιθέματα σε κόκκους, υδροκυτταρικά ή υδροϊνώδη επιθέματα, υδροκολλοειδή σε αυτοκόλλητο φύλλο, σε πάστα ή σε σκόνη. Για δύσσομες βλάβες συνιστώνται επιθέματα ενεργού άνθρακα, αργύρου και επιθέματα εμποτισμένα με αντισηπτικούς παράγοντες. Σε βλάβες όπου έχει αναπτυχθεί κοκκώδης ιστός πρέπει να χρησιμοποιούνται επιθέματα χαμηλής προσκολλητικότητας, όπως εμποτισμένα επιθέματα.

Για την πρόληψη των κατακλίσεων συνιστάται η χρήση προδιαμορφωμένων αφρωδών, υδροκολλοειδών ή επιθεμάτων με ειδικούς προστατευτικούς δακτυλίους σε περιοχές που δέχονται πίεση. Η καθημερινή επισκόπηση του κατακεκλιμένου ασθενούς αποτελεί το σημαντικότερο βήμα στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των κατακλίσεων.

B1. Διαβητικό πόδι - Πρόληψη

Γεωργία Κ. Υφαντή

Αν. Διευθύντρια Δ' Παθολογικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Εμμανουήλ Ιακ. Διαμαντόπουλος

Αν. Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

Διευθυντής Δ' Παθολογικού Τμήματος Π.Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"

Ο όρος διαβητικό πόδι, σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ., εκφράζει τη σύνθετη νοσολογική οντότητα που συνίσταται στην εμφάνιση εξέλκωσης, λοίμωξης ή και καταστροφής των εν τω βάθει ιστών στον άκρο πόδα με περιφερική νευροπάθεια ή και ποικίλης βαρύτητας αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Υπό την ευρύτερη όμως έννοια, οποιαδήποτε ανατομική ή λειτουργική ανωμαλία του άκρου ποδός διαβητικού ασθενούς, ανεξάρτητα από την ύπαρξη εξέλκωσης ή λοίμωξης, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται σαν "διαβητικό πόδι". Η συχνότητα εμφάνισης διαβητικού έλκους αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και συγκεκριμένα από 1.7-3.3% σε νεώτερους διαβητικούς τύπου 1 ή 2 σε 5-10% σε διαβητικούς τύπου 2 μεγαλύτερης ηλικίας. Η εμφάνιση ενός χρόνιου έλκους του άκρου ποδός και ο συχνά επακόλουθος ακρωτηριασμός αποτελούν σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των διαβητικών ατόμων και σημαντικές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις. Από τους ασθενείς με διαβητικό έλκος ένα ποσοστό που ανέρχεται σε 14-24% θα υποβληθεί τελικά σε ακρωτηριασμό. Στο 85% των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων που διενεργούνται σε διαβητικά άτομα προηγείται κάποιο διαβητικό έλκος. Η λοίμωξη των εν τω βάθει ιστών και κυρίως η ισχαιμία των κάτω άκρων είναι οι συχνότερα υποκείμενοι αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στον ακρωτηριασμό.

Η δημιουργία ενός διαβητικού έλκους είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης εξωγενών με ενδογενείς παράγοντες, όπως ο τραυματισμός και η περιφερική νευροπάθεια. Η περιφερική νευροπάθεια αποτελεί το συχνότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης διαβητικού έλκους. Σε σειρές ασθενών με διαβητικά έλκη ο επιπολασμός συχνότητας της περιφε-



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 διατηρηνοσών 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