

## 1. ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΤΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

**Δημήτριος Αλεξάκης,**

Διευθυντής τμήματος Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Η προνοσοκομειακή φροντίδα του εγκαυματία στον τόπο του ατυχήματος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιβίωση και περαιτέρω νοσηλεία του.

- Η πλήρης συλλογή στοιχείων για τον τρόπο του ατυχήματος και τον τόπο που έγινε το έγκαυμα
- Η εκτίμηση σε μαζικά ατυχήματα της κατάστασης των εγκαυματιών και του τρόπου μεταφοράς τους καθώς και η προτεραιότητα της μεταφοράς
- Η εκτίμηση των ζωτικών στοιχείων του εγκαυματία και η παροχή πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος
- Η αντιμετώπιση των συνοδών κακώσεων και η εκτίμηση της βαρύτητας τους
- Ο τρόπος επίδεσης για τη μεταφορά του εγκαυματία προς αποφυγή μόλυνσεως των εγκαυματικών επιφανειών
- Η καταστολή του πόνου αποτελούν λίγες από τις καθοριστικές ενέργειες που πρέπει να λάβουν χώρα στον τόπο του ατυχήματος και οι οποίες επηρεάζουν άμεσα την πορεία της εγκαυματικής νόσου.

## 2. ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΤΕΠ

**Βασιλόπουλος Γεώργιος,**

Νοσηλεύτης ΤΕ, Med, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

## 1. Εκτίμηση βαρύτητας εγκαυματία και λήψη απόφασης για το χώρο νοσηλείας

Όταν ο εγκαυματίας φτάσει στα Επείγοντα Ιατρεία, πέρα από τη φροντίδα που θα του παρασχεθεί, χρειάζεται να ληφθεί η απόφαση για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί και για το χώρο που θα διακομισθεί (Μονάδα Εγκαυμάτων, Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής ή Γενικής Χειρουργικής, παρακολούθηση ως εξωτερικός ασθενής). Το σύστημα ταξινόμησης βαρύτητας τραύματος της Αμερικανικής Ένωσης Εγκαυματος (American Burn Association Injury Severity Grading System) ταξινομεί τα εγκαύματα σε ελαφράς βαρύτητας, μέτριας βαρύτητας και μεγάλης βαρύτητας (πίνακας 1.). Αυτή η κατάταξη μπορεί να βοηθήσει στην λήψη απόφασης για το που θα αντιμετωπιστεί ο εγκαυματίας (στο σπίτι ή στο νοσοκομείο). Πάντως σε περιπτώσεις που εκτιμάται ότι ο εγκαυματίας μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι, σκόπιμο είναι να εκτιμηθεί και η ικανότητα και επιθυμία της οικογένειας να βοηθήσει (Mertens M.D. et al, 1997).

Εγκαύματα τα οποία χαρακτηρίζονται ως μεγάλης βαρύτητας νοσηλεύονται σε μονάδα αντιμετώπισης εγκαυμάτων με κινητοποίηση του κατάλληλου μηχανισμού. Εγκαύματα τα οποία χαρακτηρίζονται ως μέτριας ή ελαφράς βαρύτητας, μπορούν να αντιμετωπιστούν σε θάλαμο νοσοκομείου ή το σπίτι ανάλογα με την κρίση του θεράποντος ιατρού (Κοτζαμπασάκης Σ., 2005).

Η παροχή φροντίδας σε εγκαυματίες σε εξωνοσοκομειακή βάση αφορά εγκαυματίες με μικρής έκτασης μερικού πάχους εγκαύματα, οι οποίοι έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό

**Πίνακας 1: Σύστημα ταξινόμησης βαρύτητας τραύματος της Αμερικανικής Ένωσης Εγκαυματος (American Burn Association Injury Severity Grading System)**

Είδος Εγκαυματος	Κριτήρια
Ελαφράς βαρύτητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15% ΟΕΣ επιφανειακά και μερικού πάχους εγκαύματα σε ενήλικα</li> <li>• 10% ΟΕΣ επιφανειακά και μερικού πάχους εγκαύματα σε παιδί</li> <li>• 2% ΟΕΣ ολικού πάχους εγκαύματα σε ενήλικα ή παιδί που δεν αφορούν τα μάτια, τα αυτιά, το πρόσωπο ή το περίνεο</li> </ul>
Μέτριας βαρύτητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15%-25% ΟΕΣ μερικού πάχους εγκαύματα σε ενήλικα</li> <li>• 10%-20% ΟΕΣ μερικού πάχους εγκαύματα σε παιδί</li> <li>• 2%-10% ΟΕΣ ολικού πάχους εγκαύματα σε ενήλικα ή παιδί που δεν αφορούν τα μάτια, τα αυτιά, το πρόσωπο ή το περίνεο</li> </ul>
Μεγάλης βαρύτητας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 25% ΟΕΣ μερικού πάχους εγκαύματα σε ενήλικα</li> <li>• 20% ΟΕΣ μερικού πάχους εγκαύματα σε παιδί</li> <li>• Όλα τα ολικού πάχους εγκαύματα &gt;10% ΟΕΣ</li> <li>• Όλα τα εγκαύματα που αφορούν το πρόσωπο και τον τράχηλο, τα μάτια, τα αυτιά, τα χέρια, τα πόδια ή το περίνεο</li> <li>• Όλα τα εισπνευστικά εγκαύματα</li> <li>• Τα περισσότερα ηλεκτρικά ή χημικά εγκαύματα</li> <li>• Επιπλεγμένα εγκαύματα με κατάγματα ή άλλους σημαντικούς τραυματισμούς</li> <li>• Όλοι οι ασθενείς με εγκαύματα υψηλού κινδύνου (με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, ψυχιατρικής διαταραχής, αναπνευστικής ανεπάρκειας, καρδιακής ανεπάρκειας, καρκίνου ή σακχαρώδη διαβήτη)</li> </ul>



περιβάλλον. Κριτήρια για να αξιολογηθεί η καταλληλότητα ενός εγκαυματία να αντιμετωπιστεί στο σπίτι του αποτελούν τα εξής:

- <10% ΟΕΣ μερικού πάχους έγκαυμα σε παιδιά και <15% ΟΕΣ σε ενήλικες
- Καλή γενική κατάσταση υγείας με μικρά οργανικά προβλήματα
- Κατάλληλος αεραγωγός
- Ικανότητα να πίνει επαρκή ποσότητα υγρών
- Χωρίς κυκλοτερή εγκαύματα
- Χωρίς επιπρόσθετους τραυματισμούς
- Όχι χημικά εγκαύματα
- Μικρή προσβολή στο πρόσωπο, τα χέρια, το περίνεο, τις αρθρώσεις
- Έλλειψη αποδείξεων για κακοποίηση ή αμέλεια
- Ο εγκαυματίας και η οικογένειά του φαίνεται να έχουν ικανότητα να ακολουθήσουν θεραπευτικό σχήμα στο σπίτι (Tomprkins D. & Rossi L.A., 2004).

Στις περιπτώσεις ασθενών που καλύπτουν αυτά τα κριτήρια, γίνεται η περιποίηση των εγκαυματικών περιοχών, χορηγείται αντιτετανική προφύλαξη, συνιστάται η λήψη υγρών και αναλγητικών από το στόμα και ο αδρός έλεγχος της ποσότητας των αποβαλλομένων ούρων. Η παρακολούθηση αυτών των ασθενών γίνεται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (Ιωάννοβιτς Δ. Ι., 1990).

## 2. Άμεσες ενέργειες στο ΤΕΠ

- Οι άμεσες ενέργειες που οφείλει να πραγματοποιήσει η ομάδα που αναλαμβάνει τον εγκαυματία στο ΤΕΠ με σειρά προτεραιότητας είναι:
- Αξιολόγηση εγκαυματία με το AcBC
- Εξασφάλιση αεραγωγού
- Υποστήριξη αναπνοής
- Υποστήριξη κυκλοφορικού συστήματος
- Έλεγχος Ζωτικών Σημείων
- Έλεγχος για συνυπάρχουσες κακώσεις
- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής (τοποθέτηση 2 φλεβοκαθετήρων διαμετρήματος 16G - καθετήρας σε κεντρική γραμμή τοποθετείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις)
- Τοποθέτηση αρτηριακής γραμμής
- Αφαίρεση ρούχων
- Εκτίμηση έκτασης και βάθους του εγκαύματος
- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως
- Πραγματοποίηση επείγοντα εργαστηριακού ελέγχου
- Ακτινολογικός και ηλεκτρολογικός έλεγχος
- Οφθαλμιατρική εξέταση Αναλγησία
- Αναλγησία με ενδοφλέβια χορήγηση οπιούχων
- Αντιτετανική προφύλαξη
- Καθαρισμός εγκαυματικών επιφανειών
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού-νησιδικού σωλήνα θρέψης, όταν δεν υπάρχουν στοιχεία γαστροπληγίας ή παραλυτικού ειλεού, άλλως τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας παροχέτευσης
- Εξετάζεται η ανάγκη για εσχαροτομή, που συνήθως απαιτείται σε κυκλοτερή εγκαύματα ολικού πάχους που περιορίζουν την κυκλοφορία ή την αναπνοή ή αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση
- Τεκμηρίωση και καταγραφή βασικών δεδομένων για το φάκε-

λο του ασθενή (Κοτζαμπασάκης Σ., 2005, Τσοτύσος Δ., 2004).

## Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Ιωάννοβιτς Δ. Ι. (1990). Πλαστική Χειρουργική. Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, σελ. 361-431.
2. Κοτζαμπασάκης Σ. (2005). Τα Εγκαύματα στην Επείγουσα Ιατρική. Πρακτικά 8ου Θεματικού Συνεδρίου «Εντατική Θεραπεία και Επείγουσα Ιατρική: Τραύμα», Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 1068-1086.
3. Mertens M.D. et al (1997). Outpatient Burn Management. Nursing Clinics of North America. Vol. 32, No.2, p.p. 343-363.
4. Tomprkins D., Rossi L.A. (2004). Care of Out Patients Burns. Burns. Vol. 30, pp. A7-A9.
5. Τσοτύσος Δ. (2004). Μονάδα Εγκαυμάτων – Εισπνευστικό Έγκαυμα. Αθήνα, σελ. 15-16.

## 3. ΥΠΟΔΟΧΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

**Καρατζά Αναστασία,**

Νοσηλεύτρια ΤΕ, Υπεύθυνη Μονάδας Εγκαυμάτων Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

### 1. Γενικά

Ο κεντρικός σκοπός κατά την αρχική αντιμετώπιση ασθενών με μέτριας και κυρίως με μεγάλης βαρύτητας εγκαύματα είναι η υποστήριξη του αναπνευστικού και καρδιαγγειακού συστήματος, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η οξυγόνωση των ιστών και η λειτουργία των οργάνων κατά την περίοδο της εγκαυματικής καταπληξίας.

### 2. Υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας

Έτσι το πρώτο που χρειάζεται να γίνει είναι ο έλεγχος των αναπνευστικών οδών και η εξασφάλιση επαρκούς οξυγόνωσης του εγκαυματία. Γίνεται επισκόπηση της στοματικής, ρινικής κοιλότητας και του φάρυγγα για έλεγχο οιδήματος ή βλαβών στους βλενογόνους. Επιπλέον, πραγματοποιούνται εργαστηριακές εξετάσεις (αέρια αίματος) για την απόφαση ή όχι διασωλήνωσης. Επίσης, η διενέργεια βρογχοσκόπησης μπορεί να βοηθήσει για την επισκόπηση του τραχειοβρογχικού δέντρου, όπου μπορεί να διαπιστωθεί φλεγμονή, ερεθισμός ή υλικά που περιέχουν άνθρακα, στοιχεία ενδεικτικά για την ύπαρξη εισπνευστικού εγκαύματος και τελικά επίσπευση πιθανής διασωλήνωσης.

Ενδείξεις διασωλήνωσης υπάρχουν στις περιπτώσεις:

- απόφραξης ανώτερων αναπνευστικών οδών εξαιτίας λαρυγγόσπασμου ή εκτεταμένου οιδήματος
- ύπαρξης  $pO_2 < 60\text{mmHg}$
- ύπαρξης κυκλοτερούς ολικού πάχους εγκαυμάτων του θωρακικού τοιχώματος
- ύπαρξης άλλων κακώσεων του θώρακα εισπνευστικού εγκαύματος

Η τραχειοστομία κατά την αρχική αντιμετώπιση πρέπει να αποφεύγεται για τον κίνδυνο της επιμόλυνσης των κατώτερων αναπνευστικών οδών και τη συσχέτισή της με αύξηση της θνητότητας (25%) στους εγκαυματίες σε σύγκριση με άλλους τραχειοστομημένους ασθενείς (16%).