

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ
ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ»**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

MSC Φιδάνη Αικατερίνη

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Κατσιφάρα Λεμονιά

Κοτσιά Νικολέττα

Καψούρου Σοφία

ΠΑΤΡΑ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Πρόλογος

Εισαγωγή.....7

Περίληψη.....9

Ιστορική
αναδρομή.....11

Επιδημιολογικά στοιχεία.....12

Κεφάλαιο 1: Το Δέρμα

1.1 Ορισμός και ανατομικά στοιχεία του δέρματος.....15

1.2 Τα εξαρτήματα του δέρματος.....18

Κεφάλαιο 2: Η Εγκαυματική Νόσος

2.1 Ορισμός εγκαύματος.....21

2.2 Κατηγορίες εγκαυμάτων ως προς το αίτιο.....21

2.3 Κατηγορίες εγκαυμάτων ως προς το βάθος.....24

2.4 Ποσοτική εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας.....27

2.5 Ταξινόμηση της εγκαυματικής βλάβης ως προς τη βαρύτητα της.....28

Κεφάλαιο 3: Παθοφυσιολογία του εγκαύματος

3.1 Κλινική εικόνα εγκαυματία.....32

3.2 Διαταραχές λειτουργίας των διαφόρων συστημάτων και οργάνων.....35

3.3 Επιπλοκές εγκαυμάτων.....40

Κεφάλαιο 4: Λοιμώξεις εγκαυματικού τραύματος

4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες και είδη λοιμώξεων.....	43
4.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης λοίμωξης.....	45
4.3 Αντιμετώπιση των λοιμώξεων.....	45
4.4 Πρόληψη λοιμώξεων σε εγκαυματίες.....	46

Κεφάλαιο 5: Νοσηλευτική φροντίδα εγκαυματία

5.1 Οι πρώτες βοήθειες στον εγκαυματία.....	48
5.2 Γενική αντιμετώπιση ειδικών περιπτώσεων.....	50
5.3 Νοσηλευτική παρέμβαση στους εγκαυματίες.....	52
5.3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στον τόπο του ατυχήματος.....	52
5.3.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στο τμήμα επείγοντων περιστατικών(ΤΕΠ).....	53
5.3.3 Νοσηλευτική παρέμβαση εντός νοσοκομείου.....	54
5.4 Καθημερινή φροντίδα του εγκαυματία.....	59
5.4.1 Σίτιση του εγκαυματία.....	59
5.4.2 Επιπλοκές εντερικής διατροφής.....	60
5.4.3 Καθαριότητα ασθενούς.....	61
5.4.4 Θεραπευτική λουτροθεραπεία.....	61
5.4.5 Τοπική φροντίδα εγκαύματος.....	62
5.5 Η σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση των εγκαυματιών.....	63

Κεφάλαιο 6: Χειρουργική Αντιμετώπιση

6.1 Προεγχειρητική φροντίδα.....	66
6.2 Χειρουργικές μέθοδοι.....	67
6.2.1 Μοσχεύματα.....	67

6.2.2 Εσχαροτομές.....	69
6.2.3 Καλλιεργημένα κερατινοκύτταρα.....	70
6.2.4 Κρημνοί.....	71
6.3 Μετεγχειρητική φροντίδα και αγωγή.....	71
6.4 Οι μετεγκαυματικές ουλές και η θεραπεία τους.....	72
6.5 Νέες μέθοδοι στην χειρουργική αντιμετώπιση των εγκαυμάτων.....	73

Κεφάλαιο 7: Υποστήριξη και συμβουλές για τον εγκαυματία

7.1 Ψυχολογική υποστήριξη.....	80
7.2 Υποστήριξη από κοινωνικό λειτουργό.....	82
7.3 Φυσιοθεραπευτική αντιμετώπιση.....	85
7.4 Οδηγίες για τη θεραπεία στο σπίτι.....	87
7.5 Οδηγίες για το σπίτι σε περίπτωση εγκαύματος.....	89

Κεφάλαιο 8: Εγκαύματα στην παιδική και γεροντική ηλικία

8.1 Το έγκαυμα στην παιδική ηλικία.....	92
8.2 Εγκαύματα της γεροντικής ηλικίας.....	94
8.3 Πρόληψη εγκαυμάτων στις ομάδες υψηλού κινδύνου.....	95

Κεφάλαιο 9: Χώροι αποκατάστασης

9.1 Μονάδες εγκαυμάτων.....	97
9.2 Ο χώρος νοσηλείας.....	98

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 10: Μεθοδολογία έρευνας

10.1 Σκοπός της έρευνας.....	101
10.2 Είδος έρευνας.....	101

10.3 Δείγμα έρευνας.....	101
10.4 Τεχνική και μέσα συλλογής πληροφοριών.....	102
10.5 Μεθοδολογία επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων.....	103

Κεφάλαιο 11: Αποτελέσματα έρευνας

11.1 Αποτελέσματα δεδομένων.....	106
11.2 Μονομεταβλητή ανάλυση δεδομένων.....	106
11.3 Διμεταβλητή ανάλυση δεδομένων.....	133
11.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων-Πορίσματα.....	138
11.4.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	138
11.4.2 Γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την εγκαυματική νόσο.....	138
11.5 Συμπεράσματα.....	141
11.6 Προτάσεις	144

Βιβλιογραφία.....	145
--------------------------	------------

Παράρτημα.....	150
-----------------------	------------

Ερωτηματολόγιο.....	151
----------------------------	------------

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ

Πρόλογος

Η σπουδαιότητα της φωτιάς δεν αμφισβητείται σε αντίθεση ανυψώνεται και υποστηρίζεται, αφού από την εποχή της ανακάλυψής της αποτελεί κυρίαρχο ρόλο στην εξέλιξη του πολιτισμού. Ο άνθρωπος από τα πρωτόγονα χρόνια τη χρησιμοποιούσε για την ικανοποίηση των καθημερινών του αναγκών (θέρμανση, προστασία από τα ζώα, τροφή, εργαλεία, κ.α.), δεν είναι όμως λίγες οι φορές μέχρι σήμερα που προκλήθηκαν σοβαρά ατυχήματα και εγκαύματα. Η μαρτυρία που ακολουθεί αποτελεί την συνέντευξη-εξομολόγηση ενός πυρόπληκτου που βίωσε με τον πιο τραγικό τρόπο τις συνέπειες των πυρκαγιών το καλοκαίρι του 2007 στην Ηλεία. Μέσα από αυτήν την αληθινή περιγραφή, λοιπόν, αποκαλύπτεται η «ευλογία» και η «κατάρα» της φωτιάς.

«Όλα πίστευα πως είναι μακριά από εμένα και την οικογένεια μου. Ζούσαμε ήρεμα, προσπαθώντας χρόνια για κάτι καλύτερο για τα παιδιά μας αλλά και για την ίδια μας τη ζωή. Ποτέ μου δεν πίστευα, πως θα έφτανε η στιγμή να παλέψω μέχρι θανάτου ,να διεκδικήσω τα υπάρχοντά μου, αλλά και τη ζωή μου από αυτήν την καταστροφή.

Πριν την μοιραία νύχτα, πριν τη νύχτα που στιγμάτισε τη ζωή μου, όλοι ήταν ανάστατοι στο χωριό. Σαν να ήξεραν πως κάτι τραγικό και ανεπανάληπτο θα συνέβαινε, κάτι που θα άφηνε αμίλητο έναν ολόκληρο λαό και το οποίο θα έμενε στη μνήμη όλων.

Όντως μιλάω για εκείνες τις στιγμές όπου όλη η Ελλάδα, πνίγηκε στις φλόγες και που με κομμένη την ανάσα παρακολουθούσαν οι πάντες. Η φωτιά πλησίαζε το διπλανό χωριό χωρίς βέβαια να υπάρχει απειλή για το δικό μου. Έπεσα να κοιμηθώ γιατί ήμουν κουρασμένος από την κοπιαστική αγροτική δουλειά. Ξαφνικά άκουσα φωνές. Η γυναίκα μου και τα παιδιά μου είχαν πνιγεί από τους καπνούς που με βίαιο τρόπο είχαν εισχωρήσει στο σπίτι.

Πρόλαβα να βρέξω μερικά πανιά για να τους προστατέψω από τον καπνό. Βγήκαμε έξω από το σπίτι και κοιτάζαμε τις γλώσσες της φωτιάς να μας περικυκλώνουν. Κατάφερα να βάλω την οικογένεια μου μέσα στο αυτοκίνητο και παρά την άρνηση της γυναίκας μου έμεινα πίσω, να προστατέψω το σπίτι μου. Δεν κατάλαβα τι έγινε ,το μόνο που θυμάμαι είναι να προσπαθώ με τα νύχια μου να σκάψω τη γη για να κουκουλωθώ με το χώμα για να σωθώ. Ένοιωθα το κορμί μου να

καίγεται, ήθελα να ανασάνω και κατάπινα χώμα, ήθελα να κουνηθώ να φωνάξω κι όμως δεν μπορούσα. Κρατήθηκα αμίλητος, ακούνητος σα να ήμουνα στην ίδια την κόλαση. Μπορεί η διάρκεια κάτω από το χώμα να κράτησε μία στιγμή, εμένα όμως με στιγμάτισε μία ζωή.

Τώρα ακόμα και σήμερα αλλά και για μια ολόκληρη ζωή θα θυμάμαι, αυτήν την ευκαιρία που μου έδωσε ο Θεός να ζήσω και να γίνω καλύτερος άνθρωπος και να πάω στον παράδεισο εφόσον την κόλαση την είδα ζωντανός».

Εισαγωγή

Στις μέρες μας η νοσηλευτική αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα. Αναλαμβάνει το έργο της φροντίδας του υγιούς και άρρωστου ατόμου αναγνωρίζοντας την υγεία ως κοινωνικό αγαθό. Λόγω των διαστάσεων της που συνεχώς αυξάνονται με την ιατρική και τεχνολογική πρόοδο στο χώρο της υγείας δεν είναι εύκολο να δοθεί απόλυτα ακριβής ορισμός που να καλύπτει όλο το εύρος της.

Έτσι, κατά το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών ορίζεται ως νοσηλευτική η επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος που ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών. Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας.

Θεωρείται σημαντικό οι νοσηλευτές να έχουν αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους, στο έργο τους. Είναι, όμως σημαντικότερο να έχουν τη δύναμη και την ικανότητα να βλέπουν τον άρρωστο σαν άτομο με φυσικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες. Η νοσηλευτική θεωρία ακόμα και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να απομνημονευθούν, αλλά η τέχνη του νοσηλευτή να επικοινωνεί, να ακούει και να παραδέχεται τον κάθε άρρωστο όπως είναι, αυτό είναι επιστήμη της καρδιάς.

Το έγκαυμα ίσως είναι ο μοναδικός τραυματισμός που απαιτεί ειδική αντιμετώπιση από μία ομάδα ιατρική, νοσηλευτική και προπάντων εξειδικευμένη για την θεραπεία του. Η κατάλληλη γνώση των διαταραχών που φέρει, καθώς και του έντονου καταβολισμού, είναι το κλειδί της θεραπείας των εκτεταμένων εγκαυμάτων.

Είναι λοιπόν σαφές ότι το έγκαυμα είναι μια σοβαρή κατάσταση, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή. Ακόμα όμως και αν επιβιώσει, είναι δυνατόν να έχει σημαντικές αναπηρίες ή και παραμορφώσεις, οι οποίες θα τον ακολουθούν στην υπόλοιπη ζωή του.

Οι ψυχολογικές, οι κοινωνικές, αλλά και οι οικονομικές επιπτώσεις, τις οποίες η νόσος συνεπάγεται για τον εγκαυματία και την οικογένειά του είναι σοβαρότατες. Επίσης, για το κοινωνικό σύνολο, το κόστος της περίθαλψης και αποκατάστασης του

εγκαυματία είναι υψηλό, καθώς η νοσηλεία και η αποκατάσταση του είναι μακροχρόνιες και δαπανηρές.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας πτυχιακής εργασίας μας είναι η συλλογή πληροφοριών και ανάλυση ως προς την καλύτερη κατανόηση του ορισμού του εγκαύματος, τι προκαλεί, πως ταξινομείται, πως θεραπεύεται και τέλος οι γνώσεις που χρειάζονται οι κλινικοί νοσηλευτές ώστε συλλογικά μαζί με την ιατρική παρακολούθηση του εγκαυματία να γίνει μια ανθρώπινη, αποτελεσματική και πιο ολοκληρωμένη φροντίδα.

Περίληψη

Το έγκαυμα είναι μια σύνθετη κάκωση ιστών από τις βαρύτερες τραυματικές κακώσεις και οφείλεται στην επίδραση θερμοκρασίας. Γι' αυτό δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται και να θεωρείται σαν τοπική βλάβη, επειδή αφορά το δέρμα και τους βλεννογόνους, αλλά σαν εγκαυματική νόσος, που επιδρά στο ψυχοσωματικό οργανισμό του πάσχοντα, προκαλώντας πολύπλοκες παθοφυσιολογικές αλλαγές απ' όλα τα συστήματα, δηλαδή συστηματική νόσος. Τα εγκαύματα συνήθως προκαλούνται από άγνοια, αμέλεια, αδιαφορία στο σπίτι, στη δουλειά, στο χωράφι, στο δάσος. Κυρίως συμβαίνουν σε άτομα εξαρτώμενα, χωρίς επαρκή επίβλεψη, όπως παιδιά και ηλικιωμένοι. Τα αίτια είναι πολυσύνθετα: Φωτιά ή θέρμανση. Κάπνισμα και χρήση σπέρτων, κακή συντήρηση ηλεκτρικών συσκευών, κάψιμο χόρτων και σκουπιδιών κτλ.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η συλλογή πληροφοριών και ανάλυση ως προς την καλύτερη κατανόηση του ορισμού του εγκαύματος, πως προκαλείται και τι προκαλεί, πως ταξινομείται, πως θεραπεύεται και πως το άτομο φθάνει στην αποκατάσταση, και ποιος ο ρόλος της νοσηλευτικής παρέμβασης ώστε συλλογικά μαζί με την ιατρική παρακολούθηση του εγκαυματία να γίνει μια ανθρώπινη, αποτελεσματική και πιο ολοκληρωμένη φροντίδα.

Ο νοσηλευτής ασχολείται πλέον εντατικότερα με την φροντίδα των ασθενών με εγκαύματα παρέχοντάς του από τις πρώτες βοήθειες στον τόπο του ατυχήματος μέχρι και την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Φροντίζει επίσης ειδικές περιπτώσεις εγκαυμάτων και συλλογικά με την ομάδα παρακολούθησης προσφέρουν ό,τι καλύτερο για την αντιμετώπιση των ασθενών. Από τη μεριά των ιατρών γίνεται επίσης και η χειρουργική αντιμετώπιση και υποστηρίζονται ακόμα από φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Πλέον στις μέρες μας γίνονται έρευνες και μελέτες για την εύρεση νέων μεθόδων για την αποκατάσταση των εγκαυματιών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πτυχιακής μας εργασίας, οι κλινικοί νοσηλευτές χρειάζονται επιπλέον πληροφορίες για την εγκαυματική νόσο. Το δείγμα πάρθηκε από τρία νοσοκομεία και η πλειοψηφία αυτού, ήταν γυναίκες απόφοιτοι Α.Τ.Ε.Ι. Κάποιοι από αυτούς έχουν ειδικότητα ενώ άλλοι όχι. Επίσης θολή εικόνα προκύπτει

σε σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών αναφορικά με το τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική παρέμβαση στα εγκαύματα κάθε βαθμού και παράλληλα στην καταγραφή των κύριων χαρακτηριστικών από αφορούν την κλειστή ή την ανοιχτή μέθοδο αντιμετώπισης τραύματος κατά περίπτωση.

Κατά συνέπεια προκύπτει αναγκαιότητα περαιτέρω γνώσης - επιμόρφωσης των Νοσηλευτών σχετικά με την εγκαυματική νόσο.

Συμπερασματικά, θα πρέπει να δίνεται έμφαση περισσότερο στην πρόληψη των εγκαυμάτων από όλες τις ομάδες φροντίδας και στην ενημέρωση του κοινού για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπισή τους. Επίσης οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξασκούνται, με σεμινάρια ή με συνέδρια, έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε οποιαδήποτε δυσκολία αντιμετωπίσουν, όσον αφορά την εγκαυματική νόσο.

Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με εγκαύματα έχει αλλάξει δραματικά κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Αυτές οι αλλαγές βαδίζουν παράλληλα με τις προόδους στην ιατρική, τους τεχνολογικούς νεωτερισμούς και το επάγγελμα του νοσηλευτή. Οι παραπάνω αλλαγές έχουν οδηγήσει στη μείωση της θνησιμότητας, την αύξηση των περιπτώσεων επιβίωσης και στη βελτίωση των λειτουργικών και αισθητικών αποτελεσμάτων. Ιστορικά στοιχεία υποδηλώνουν τη χρήση βοτάνων σαν το πρώτο φάρμακο στη θεραπεία εγκαυμάτων. Η φροντίδα περιελάμβανε την απομάκρυνση των ξένων σωμάτων, συρραφή και κάλυψη των πληγών (εγκαυμάτων) με καθαρά υλικά.

Οι Αιγύπτιοι το 1500 π.Χ. και οι Κινέζοι τον 6ο και 5ο αιώνα είναι οι πρώτοι που ασχολήθηκαν με την θεραπεία των εγκαυμάτων.

Στην Ελλάδα ο Ιπποκράτης συνιστούσε την επάλειψη της εγκαυματικής επιφάνειας με ένα μίγμα από χοιρινό λίπος και ρετσίνι και για την ανακούφιση από τους πόνους πρότεινε επιθέματα με ζεστό ξύδι ή διάλυμα ριζών βελανιδιάς. Επίσης, τονίζει ότι η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων πρέπει να περιλαμβάνει εξέταση της ανατομίας στην τραυματισμένη περιοχή, διαγνωστικές εκτιμήσεις, χειρουργικές παρεμβάσεις και θεραπεία με φάρμακα.

Ο Αριστοτέλης ασχολήθηκε με την παθογένεια των εγκαυμάτων και ο Πλίνιος [23 – 75 μ.Χ.] είναι ο πρώτος που πρότεινε την ανοικτή μέθοδο για την θεραπεία των εγκαυματικών τραυμάτων.

Τον 9ο και 10ο μ.Χ. αιώνα οι Πέρσες γιατροί Ραζής και Αβικέννας χρησιμοποιούν για πρώτη φορά ψυχρά επιθέματα στις εγκαυματικές επιφάνειες για την μείωση του πόνου.

Τα πρώτα κλινικά αποτελέσματα σχετικά με την ανοικτή θεραπεία των εγκαυμάτων και τη μεταμόσχευση δέρματος δημοσιεύθηκαν από τον Αμερικανό Sneve το 1905 στο Journal of the American Medical Association.

Η εφαρμογή συστηματικής θεραπείας με ρύθμιση των υγρών άρχισε το 1855 από τον Buhl στη Γερμανία, ο Tarpeiner το 1881 συνέστησε τη μετάγγιση ορού αίματος κατά το οποίο δεν ήταν εφικτό μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1930.

Η πρώτη πετυχημένη πλαστική σε εγκαυματικό τραύμα έγινε από τον Άγγλο χειρουργό George David Pollack το 1870 στο St. George hospital του Λονδίνου.

Σήμερα χρησιμοποιούνται πολύ λεπτά δερματικά μοσχεύματα μερικού πάχους (0,15 – 0,20 χιλ.) καθώς και μερικού πάχους μοσχεύματα για κάλυψη επιφανειών του προσώπου. (Σουμιλάς, 1997)

Επιδημιολογικά στοιχεία

Το έγκαυμα είναι η πιο βαριά κάκωση από την οποία επιβιώνει ο άνθρωπος. Τα εγκαύματα αποτελούν το 10-15% των ατυχημάτων και είναι παγκοσμίως σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στην παιδική ηλικία. Η κοινωνική σημασία που έχει το έγκαυμα φαίνεται από το γεγονός ότι είναι δεύτερο σε συχνότητα αιτία θανατηφόρου τραύματος μετά τα ατυχήματα με δίκυκλα. Έχει διαπιστωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκαυμάτων αφορά παιδιά ηλικίας 0-5 ετών (81%). Οι ασθενείς είναι στην πλειοψηφία τους αγόρια (58,5%). Συχνότερη αιτία πρόκλησης του εγκαύματος είναι η επαφή με θερμά υγρά (75,5%) και δεύτερη σε συχνότητα είναι η άμεση επαφή με τη φλόγα. Ενδιαφέρον έχει παρουσιάσει το εύρημα ότι το 91,4% των εγκαυμάτων λαμβάνουν χώρα μέσα στο σπίτι και σε ποσοστό 76% είναι παρών και κάποιος ενήλικας. (www.iatronet.gr, 2005)

Κατάταξη εγκαυμάτων

1. Άτομα που ευθύνονται οι ίδιοι 70%.
2. Άτομα που τυχαία παρευρέθηκαν στο ατύχημα 20%.
3. Παθολογικές καταστάσεις ατόμων 4% (απόπειρες αυτοκτονίας)
4. Επαγγελματίες 1% (πυροσβέστες)
5. Παιδιά που βασανίζονται (Δετοράκης, 2003)

Στους ενήλικες και ως τα 60 χρόνια τους, οι άνδρες υπερτερούν έναντι των γυναικών, με υψηλό ποσοστό ηλικίας 20-40 ετών λόγω των επικίνδυνων επαγγελματιών όπως: εργαζόμενοι εργοστασίων, ηλεκτρολόγοι, μηχανικοί, εργαζόμενοι σε χημικά εργαστήρια. Στις γυναίκες το μεγαλύτερο ποσοστό εγκαυμάτων οφείλεται σε οικιακά ατυχήματα.

Στη γερωντική ηλικία η πρωταρχική αιτία είναι καταστάσεις όπως: λιποθυμία, αδυναμία, υπερτασική κρίση κ.α. Σε παθολογικές καταστάσεις, έγκαυμα παρουσιάζουν άτομα με ψυχικές διαταραχές, κρίσεις επιληψίας, διαλείψεις κ. α. (Κολοβρέντη, 1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΔΕΡΜΑ

1.1 Ορισμός και ανατομικά στοιχεία του δέρματος.

Ανάλογα με την εποχή, τη μόδα και την κουλτούρα του καθενός το δέρμα περιγράφεται διαφορετικά από τις ποικίλες ομάδες του πληθυσμού όπως ποιητές, γενετιστές, δερματολόγοι, τοξικολόγοι ή παραγωγοί καλλυντικών. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001)

Σαν κύριος φραγμός ανάμεσα στο εξωτερικό περιβάλλον και στον εσωτερικό μας κόσμο, το δέρμα είναι όργανο ζωντανό, ορατό, κινητικό, ψηλαφητό με πολυσύνθετες λειτουργίες. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001) Οι σημαντικότερες λειτουργίες του δέρματος είναι:

- Συνέχει το ανθρώπινο σώμα και το οποίο και σκεπάζει.
- Προστατεύει το σώμα από μηχανικές, χημικές και θερμικές επιδράσεις καθώς και από την είσοδο μικροβίων.
- Ρυθμίζει τη θερμοκρασία και το ισοζύγιο του νερού με την αποβολή υγρών (ιδρώτας).
- Συμμετέχει στην άμυνα του οργανισμού γιατί έχει ανοσολογικά δραστικά κύτταρα.
- Αποτελεί αισθητήριο όργανο για την πίεση, αφή, θερμοκρασία και πόνο.
- Απεκρίνει άχρηστες ουσίες.
- Προστατεύει από ακτινοβολίες με την παραγωγή της χρωστικής (μελανίνη).
- Αποθηκεύει ενέργεια για εποχές ανάγκης. (Γερμένης, 2007)

Αποτελώντας το μεγαλύτερο όργανο του σώματος, καλύπτει επιφάνεια περίπου 1,6-1,8m² κατά μέσο όρο στον ενήλικα και περιέχει 70% νερό. Συγκροτείται από τρεις στιβάδες ιστών: την επιδερμίδα, το χόριο (κυρίως δέρμα) και τον υποδόριο ιστό (υπόδερμα).

Η επιδερμίδα σαν εξωτερική στιβάδα του δέρματος βρίσκεται υπό συνεχή ανακατασκευή με ταχύτατη διαίρεση των κυττάρων λόγω της έντονης τριβής και καταπόνησης. Παρ' όλο, που είναι τόσο λεπτή όσο είναι ένα κομμάτι χαρτί (0,01-0,04 mm) σχηματίζεται από πολύστιβο, κερατινοποιημένο, πλακώδες επιθήλιο εκ των οποίων τα κύτταρα του είναι νεκρά, κερατινοποιημένα και παρέχουν προστασία στις αλλαγές του περιβάλλοντος. (Lippert Herb, 1993) Αποτελείται από τρεις στιβάδες:

- 1) Την κεράτινη στιβάδα

2) Την κοκκώδη στιβάδα

3) Την βλαστική στιβάδα.

Πιο σημαντική είναι η κερατίνη στιβάδα που σχηματίζεται από κύτταρα που καλούνται κερατινοκύτταρα και παράγουν μια βαριά πρωτεΐνη, την κερατίνη, η οποία δημιουργεί ένα εύκαμπτο εξωτερικό κάλυμμα. (Κατσαμπάς, 2004)

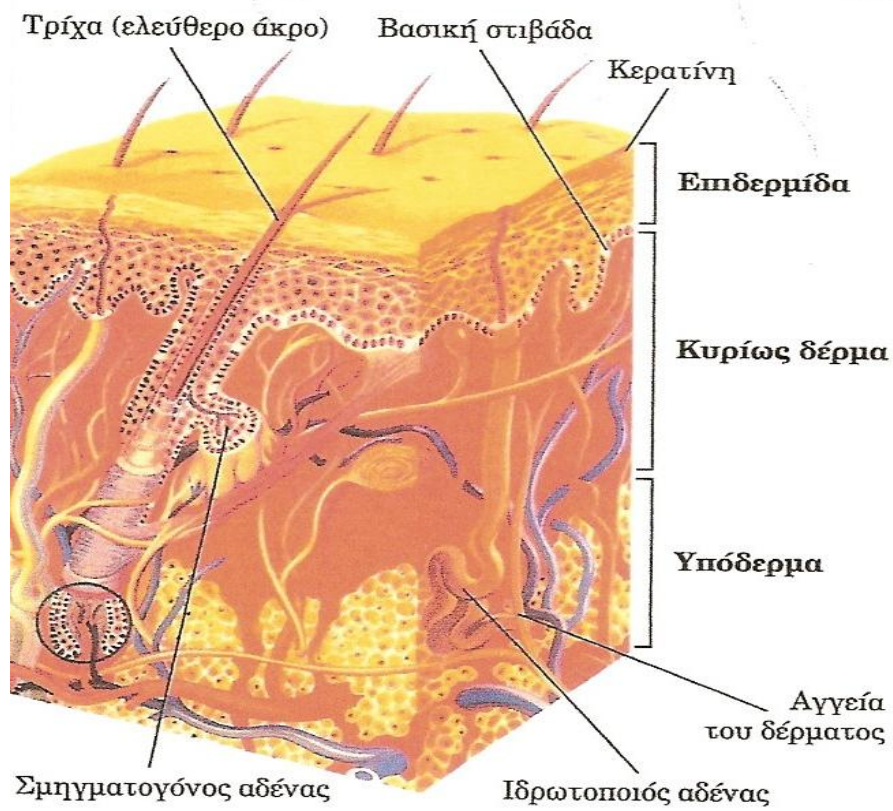
Επίσης, η επιδερμίδα εκτός από τα κερατινοκύτταρα αποτελείται από τα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα του Langerhans και τα κύτταρα του Merkel. (panacea.med.voa.gr, 2007) Τα μελανοκύτταρα παράγουν μελανίνη η οποία είναι ουσία υπεύθυνη για τη χρώση του δέρματος. Τα κύτταρα του Langerhans είναι κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος αρμόδια για τη θωράκιση του οργανισμού από αλλεργίες και φλεγμονές. (Κατσαμπάς, 2004) Τα κύτταρα του Merkel εξυπηρετούν την αισθητική λειτουργία του δέρματος και είναι αφθονα σε περιοχές μεγάλης ευαισθησίας. (panacea.med.voa.gr, 2007)

Ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα βρίσκεται το χόριο ή κυρίως δέρμα. Είναι πιο παχύ από αυτήν (0,06-0,12mm), περιέχει κολλαγόνο, αγγεία, λεμφαγγεία, νεύρα, θύλακες τριχών και αδένες που παράγουν σμήγμα και ιδρώτα. (Κατσαμπάς, 2004)

Επιπλέον, εξασφαλίζει στην επιδερμίδα:

- ✓ Μηχανική υποστήριξη λόγω του κυττάρικου του δικτύου.
- ✓ Προστασία και καλή διατροφή της επιδερμίδας μέσω των αγγείων του.
- ✓ Ελαστικότητα και σφρίγος από τις πρωτεΐνες, το κολλαγόνο, την ελαστίνη του και από την κατακράτηση νερού.
- ✓ Θερμορυθμιστικό όργανο μέσω των ιδρωτοποιών αδένων. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001)

Κάτω από το χόριο υπάρχει χαλαρός συνδετικός ιστός, ο υποδόριος. Αποτελεί την πιο βαθιά στιβάδα του δέρματος και είναι ένας συνδυασμός ελαστικού και ινώδους ιστού καθώς και συσσωρευμάτων λίπους που είναι γνωστή και ως λιπώδης περιτονία. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001) Τοποθετείται ανάμεσα στο χόριο και στους βαθύτερους του μυς και οστά. (Κατσαμπάς, 2004)



Εικ.1 Το δέρμα. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001)

1.2 Τα εξαρτήματα του δέρματος.

Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής:

- ∅ Τρίχες
- ∅ Νύχια
- ∅ Αδένες (ιδρωτοποιοί και σμηγματογόνοι). (Lippert Herb, 1993)

Το μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας του σώματος είναι τριχωτό. Οι τρίχες βρίσκονται μέσα στις αύλακες και αποτελούνται από πρωτεΐνες όπως κυστεΐνη, κυστίνη, λιπίδια, νερό, χρωστικές και ιχνοστοιχεία. (Lippert Herb, 1993) Οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακες βρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα και την ονυχοφόρο φάλαγγα των δακτύλων. Ο ανελκτήρας μυς της τρίχας είναι υπεύθυνος για την ανόρθωση των τριχών και λειτουργεί μετά από θερμικά και ψυχικά ερεθίσματα. (panacea.med.voa.gr, 2007)

Τα νύχια είναι επίσης δέρμα. Είναι σκληροί κεράτινοι δίσκοι που καλύπτονται από το επωνύχιο και το περιωνύχιο. Αποτελούνται από κερατίνη, λίγα λιπίδια, K, Na, Fe, Ca, κ.τ.λ. Ο ρόλος των νυχών εκτός από αισθητικός είναι και λειτουργικός. Διευκολύνουν και προστατεύουν τη λειτουργία των δακτύλων. Παρέχουν πληροφορίες για τη γενική υγεία του ατόμου (δερματολογικά ή άλλων οργάνων νοσήματα) και είναι απαραίτητα για τη σύλληψη λεπτών αντικειμένων. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001) Τα νύχια πεθαίνουν γρήγορα αλλά σε αντίθεση με τα κερατινοκύτταρα, δεν αποβάλλονται. (Κατσαμπάς, 2004)

Τους αδένες του δέρματος αποτελούν: οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί. Όσο αφορά τους σμηγματογόνους: οι αδένες αυτοί παριστούν σακίδια με πολλούς λοβούς προσαρτημένα στους τριχικούς θυλάκους που περιέχουν σμήγμα το οποίο εκβάλλουν μέσω των τριχικών στομίων στην επιφάνεια του δέρματος. Είναι πολυάριθμοι στις θέσεις παραγωγής ακμής όπως το πρόσωπο, το μέτωπο, το πηγούνι, τις παρειές, τους ώμους, το στέρνο, τη ράχη αλλά και στο τριχωτό της κεφαλής. Η έκκριση του σμήγματος αρχίζει στην εφηβεία κάτω από την επίδραση των ανδρογόνων ορμονών αλλά η ποσότητα και η ποιότητά του είναι διαφορετική από ώρα σε ώρα και από άτομο σε άτομο. Το σμήγμα αποτελείται κυρίως από λιπαρά οξέα, τριγλυκερίδια, χοληστερόλη κ.α. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001)

Όσο αφορά τους ιδρωτοποιούς: οι αυτοί χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τους εκκρινείς και τους αποκρινείς. Υπάρχουν 2-4 κατ' άλλους 5 εκατομμύρια εκκρινείς αδένες διεσπαρμένοι στο σώμα κυρίως στα πόδια, στο μέτωπο, τις παλάμες και στο στήθος που εκκρίνουν τον ιδρώτα. Ο ιδρώτας, ένα υπέρτονο διάλυμα, περιέχει: νερό σε ποσοστό 95%, βαριά μέταλλα και μερικά οργανικά συστατικά που περιλαμβάνουν γαλακτικό οξύ, ουρία, αμμωνία, αμινοξέα, γλυκοπρωτεΐνες και όξινα μουκοπολυσακχαρίδια. Εκκρίνεται σταθερά και αόρατα μετά από ερεθίσματα από τον υποθάλαμο, ένα ειδικό τμήμα του εγκεφάλου που δρα ως θερμοστάτης για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Οι αποκρινείς αδένες βρίσκονται στις μασχάλες, το τριχωτό της κεφαλής, τη γεννητική και πρωκτική χώρα, τους μαστούς και τον ομφαλό. Οι εκκρίσεις τους με μορφή γάλακτος παρ' ότι άοσμες, αναμιγνύονται με τον ιδρώτα και αυξάνουν κάτω από την επίδραση του φόβου αλλά και με τη σεξουαλική διέγερση. (Μουλοπούλου-Καρακίτσου, 2001)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΗ

ΝΟΣΟΣ

2.1 Ορισμός εγκαύματος.

Έγκαυμα είναι μια συστηματική νόσος στην οποία συμμετέχει όλος ο οργανισμός και όχι όπως πιστεύουν οι περισσότεροι μια επιφανειακή και εντοπισμένη νόσος επειδή αφορά μόνο το δέρμα και τους βλεννογόνους. Είναι ένας τραυματισμός που αν αντιμετωπιστεί σωστά δεν θα αφήσει καμία αναπηρία αν όμως το άτομο δεχθεί μια ανορθόδοξη αντιμετώπιση δημιουργούνται μεγάλοι κίνδυνοι τόσο για τη ζωή του όσο και για την παραπέρα αποκατάστασή του στον εργασιακό, κοινωνικό και οικογενειακό του χώρο. (Ιωάννοβιτς, 1990)

Με βάση τα παραπάνω, μπορούμε να ορίσουμε το έγκαυμα σαν μια τοπική βλάβη ως και καταστροφή του δέρματος και των υποκείμενων ιστών από την επίδραση διαφόρων μορφών ενέργειας όπως θερμική, χημική, ηλεκτρική, ακτινοβόλος και μηχανική. (Σαχίνη-Καρδάση, 2006, Τσιλιμπότη, 2004)

Κάθε εγκαυματίας είναι ουσιαστικά ένας πολυτραυματίας κάτι το οποίο τεκμηριώνεται και με το παράδειγμα που έδωσε ο Lewis (1973) ότι «...ένα έγκαυμα ολικού πάχους που αφορά μόνο το 20% της ολικής επιφάνειας του σώματος εμφανίζει την ίδια βαρύτητα για το άτομο σαν να είχε υποστεί σύνθλιψη των δύο κάτω άκρων στους μηρούς από τρένο». (Ιωάννοβιτς, 1990)

2.2 Κατηγορίες εγκαυμάτων ως προς το αίτιο.

Τα εγκαύματα ως προς την αιτιολογία τους χωρίζονται σε θερμικά, ηλεκτρικά, χημικά και ακτινικά.

1. Θερμικά Εγκαύματα. (επίδραση θερμότητας, φλόγας, ατμών, υγρών, κ.τ.λ.)

Προκαλούνται από την επίδραση ξηρής ή υγρής θερμότητας πάνω στο δέρμα ή στο βλεννογόνο. Χαρακτηριστικό των εγκαυμάτων αυτών είναι ότι καταλαμβάνουν σε σχέση με τα ηλεκτρικά εγκαύματα, μεγάλη έκταση, αλλά είναι σχετικά μικρού βάθους. Το συνηθέστερο αίτιο στους μεν ενήλικες είναι η άμεση επίδραση της φλόγας, στα δε παιδιά η επίδραση των θερμών υγρών («ζεμάτισμα»).

Όταν επιδρά η θερμότητα στην επιφάνεια του σώματος, κινητοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί για την μείωση της θερμοκρασίας τοπικά, έτσι ώστε η θερμότητα να

επιηρεάσει το λιγότερο δυνατό την θερμοκρασία του σώματος στην περιοχή αυτή και συνεπώς τις διάφορες βιοχημικές αντιδράσεις του.

Έχει αποδειχθεί, πειραματικά, ότι οι νεκρώσεις δεν αντιστοιχούν ακριβώς στην επιφάνεια, που δέχθηκε την θερμική επίδραση, αλλά είναι κατά 30% περίπου μεγαλύτερες. Αυτό εξηγείται από το γεγονός, ότι μόλις η επιφάνεια του σώματος έλθει σε επαφή με την θερμότητα, προκαλείται κατά σειρά αγγειοδιαστολή και τελικά κατάργηση του αγγειακού τόνου με αποτέλεσμα στάση του αίματος, θρόμβωση, των τριχοειδών, κακή οξυγόνωση των κυττάρων και τελικά νέκρωση αυτών. Με τον μηχανισμό αυτόν αυξάνεται η έκταση αλλά και το βάθος του εγκαυματικού τραύματος. (Ιωάννοβιτς, 1990)

2. Ηλεκτρικά Εγκαύματα. (επίδραση ηλεκτρικού ρεύματος)

Η επίδραση του ηλεκτρικού ρεύματος στο ανθρώπινο σώμα έχει διπλή δράση. Οι βλάβες προκαλούνται αφ' ενός από την δίοδο αυτού του ηλεκτρικού ρεύματος ως φορτίου και αφ' ετέρου από την αναπτυσσόμενη θερμότητα. Και τα δύο αυτά είδη των βλαβών συνήθως συνυπάρχουν στον εγκαυματία ο οποίος χρήζει ειδικής αντιμετώπισης. Το έγκαυμα που προκαλείται από ρεύμα υψηλής τάσεως, είναι δυνατό να προκαλέσει άμεσα καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή. Μόνιμη βλάβη στην καρδιά ή στους πνεύμονες σπάνια προκαλείται και έτσι οι ασθενείς μετά την καρδιοαναπνευστική ανάνηψη συνήθως επανέρχονται χωρίς να παραμείνουν μόνιμες βλάβες σε αυτά τα όργανα. Επίσης χαρακτηρίζεται από νέκρωση των μυών και των νεύρων είτε από απευθείας δράση είτε λόγω θρόμβωσης των τροφοφόρων αγγείων. Τα ηλεκτρικά εγκαύματα υψηλής τάσεως είναι ύπουλα, διότι το υπερκείμενο δέρμα συχνά παρουσιάζεται φυσιολογικό, ενώ οι υποκείμενοι μύες έχουν ήδη καταστραφεί. Λόγω της μυϊκής καταστροφής απελευθερώνεται μυοσφαιρίνη που είναι όμως νεφροτοξική. Για αυτό τον λόγο, καταβάλλεται προσπάθεια για διατήρηση της αυξημένης διούρησης του εγκαυματία (50-70 cc/h). (Κόνωνας, 2006)

3. Χημικά Εγκαύματα. (επίδραση χημικών ουσιών: οξέων η αλκαλίων)

Τα χημικά εγκαύματα προέρχονται από έκθεση του πάσχοντος σε οξέα, αλκαλικά ή παράγωγα πετρελαίου. Τα αλκαλικά εγκαύματα είναι συνήθως βαρύτερα από τα

οξέα γιατί τα αλκαλικά διαπερνάνε βαθύτερα. Πρέπει να γίνεται άμεση απομάκρυνση των χημικών ουσιών και φροντίδα των τραυμάτων. (Φιδάνη, 2008)

Προκαλούνται με τη δράση χημικών ουσιών στο δέρμα, οφθαλμούς ή στους βλεννογόνους (κατάποση). Είναι πολύ σοβαρά εγκαύματα και η βλάβη που προκαλούν στον οργανισμό εξαρτάται από την οδό χορηγήσεως τους (π.χ. η κατάποσή τους προκαλεί σοβαρό έγκαυμα στον οισοφάγο, στομάχι).

Τα χημικά εγκαύματα αν και είναι εγκαύματα περιορισμένης έκτασης, εντούτοις είναι συχνά διότι οι βλαπτικές χημικές ουσίες, δεν περιορίζονται μόνο στη βιομηχανική κρίση όπως παλαιότερα, αλλά χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο σε σκευάσματα οικιακής χρήσης, όπως απορρυπαντικά, εντομοκτόνα και διαλύματα καθαρισμού ειδών υγιεινής.

Η έκταση και η βαρύτητα της βλάβης που προκαλείται από οξέα και από αλκάλια εξαρτάται από:

- § Την ενεργό οξύτητα του διαλύματος pH
- § Την ποσότητα
- § Το χρόνο δράσης
- § Τον τρόπο που επενεργεί στην επιφάνεια του δέρματος, π.χ. εμπότισμα ρούχων
- § Την περιοχή του σώματος όπου δρα. (Ιωάννοβιτς, 1990)

Τα προβλήματα του εγκαυματία εστιάζονται συνήθως σε κινδύνους επιπλοκών από την καταστροφή του δέρματος (σήψη, απώλεια υγρών), σε μείωση άνεσης λόγω του πόνου και υπερευαισθησίας των ιστών, σε μεταβολή του σωματικού ειδώλου και σε οικονομικές επιπτώσεις. (Φιδάνη, 2008)

4. Ακτινικά Εγκαύματα. (επίδραση ιονίζουσας ακτινοβολίας, ηλιακής ακτινοβολίας)

Τα ακτινικά εγκαύματα προκαλούνται με την επίδραση:

- Ø Ιονίζουσας ακτινοβολίας (ραδιενέργεια), που προέρχεται από ατυχήματα σε ατομικά εργοστάσια ή ατομική έκρηξη.
- Ø Ηλιακής ακτινοβολίας. Είναι γεγονός ότι ο ήλιος είναι η πηγή της ζωής.έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, δυναμώνει την όραση και το σπουδαιότερο προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία. Όμως, η έκθεση στον ήλιο επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα (εγκαύματα, καρκίνο, γήρανση). Η ηλιακή

ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες, υπεριώδεις και ορατές ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματός τους, οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε Α και Β (UVA, UVB). Η ακτινοβολία UVA ευθύνεται για τα εγκαύματα του δέρματος αλλά και για τον καρκίνο. Το δέρμα αμύνεται στην ηλιακή ακτινοβολία κατ' αρχήν με το «μαύρισμα» και στη συνέχεια, εφ' όσον η δράση της ακτινοβολίας συνεχίζεται με τη δημιουργία ηλιακού εγκαύματος. Συνήθως είναι α' (κοκκίνισμα) ή β' βαθμού (φυσαλίδες). (Μπάλας, 1990)

2.3 Κατηγορίες εγκαυμάτων ως προς το βάθος. (Ποιοτική εκτίμηση)

Τα εγκαύματα ανάλογα με το βάθος στο οποίο φθάνει η βλάβη ταξινομούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες (Α, Β, Γ βαθμού), κατά Dupuytren σε έξι βαθμούς. Τελευταία, η ταξινόμηση τροποποιήθηκε σε μερικού πάχους εγκαύματα (Α και Β βαθμού), που επουλώνονται μόνα τους και σε ολικού πάχους (Γ, Δ και Ε βαθμού, απανθράκωση) που απαιτούν δερματικά μοσχεύματα. (Ντολατζάς, 1992) Τα τελευταία έτη πιο πρακτική ταξινόμηση διαιρεί τα εγκαύματα σε τρεις κατηγορίες: Α, Β και Γ βαθμού. (Μπάλας, 1990)

Τα κλινικά κριτήρια του βάθους του εγκαύματος είναι:

- ✓ Η φύση του παράγοντα που προκάλεσε το έγκαυμα και ο χρόνος έκθεσής του σε αυτόν.
- ✓ Η παρουσία φυσαλίδων.
- ✓ Το χρώμα της εγκαυματικής επιφάνειας.
- ✓ Ο βαθμός αισθητικότητας.
- ✓ Η ένταση του πόνου. (Φιδάνη, 2008)

Α' βαθμού

Επηρεάζεται η επιδερμίδα με κλινικό σύμπτωμα ερυθρότητα, φαγούρα, οίδημα. Η αποκατάσταση είναι πλήρης και ταχεία σε μερικές μέρες. Ο πόνος είναι το σύμπτωμα που προεξάρχει. Το δέρμα είναι ερυθρηματώδες, χωρίς φυσαλίδες και μπορεί να υπάρχει ήπιο οίδημα λόγω διάτασης των τριχοειδών. (Μπάλας, 1990)

Ο ασθενής πονά και το έγκαυμα είναι στεγνό και ξηρό. Από την επόμενη μέρα αρχίζει να πέφτει, να ξεφλουδίζει η επιδερμίδα και υπάρχει αυτόματη ίαση. Πρόκειται για μία επιπόλαια κάκωση της επιδερμίδας. Το αίσθημα της καυσαλγίας και του πόνου συνήθως υποχωρεί μέσα σε 48-72 ώρες, εκτός εάν το έγκαυμα Α' βαθμού είναι λίαν εκτεταμένο. Εντός 5 με 10 ημερών επέρχεται η επούλωση ενώ παραμένει για μερικές μέρες μια ήπια ερυθρότητα χωρίς να αφήσει ουλή. Ο πόνος είναι αρκετά έντονος αλλά υποφερτός. Η παραμονή στο νοσοκομείο συνήθως δεν είναι απαραίτητη. (Μπάλας, 1990)

Β' βαθμού

Το έγκαυμα αυτού του βαθμού χαρακτηρίζεται από κάκωση της επιδερμίδας αλλά και του χορίου. Οι τρίχες και οι διάφοροι αδένες παραμένουν άθικτοι. Το δέρμα χαρακτηρίζεται από μία όψη στην οποία το δέρμα έχει σκάσει και έχει ξεφλουδίσει. Τρέχει υγρό και ο πόνος ειδικά στην αρχή είναι αφόρητος. Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να κριθεί αναγκαίο ή όχι η παραμονή στο νοσοκομείο. Η βλάβη περνά κάτω από την επιδερμίδα, στο χόριο. Παρουσιάζονται φλύκταινες, υπάρχει ερύθημα και ο πόνος είναι έντονος. Ορίζεται έγκαυμα β' βαθμού επιφανειακό, αυτό κατά το οποίο το εν τω βάθει δέρμα (το υπεύθυνο για την αναγέννηση στρώμα) είναι υγιές. Έγκαυμα β' βαθμού, είναι εκείνο που έχει βλάψει το επιθήλιο καθώς και το αναγεννητικό στρώμα του δέρματος. Στην πρώτη περίπτωση, η ίαση απαιτεί τουλάχιστον 10 μέρες, ενώ στη δεύτερη, κρατά πολύ περισσότερο και εμφανίζονται κατά τη φάση απροσανατόλιστες κολλαγόνες ίνες, που δημιουργούν υπερτροφικές ουλές. (Μπάλας, 1990)

Γ' βαθμού

Τα εγκαύματα τρίτου βαθμού ή ολικού πάχους προσβάλλουν όλα τα στρώματα του δέρματος, ακόμα και τις απολήξεις των νεύρων και τον υποδόριο ιστό. Συνήθως προκαλούνται από φωτιά ή παρατεταμένη επαφή με καυτά αντικείμενα. Έχουν ωχρή, λευκή ή καρβουνιασμένη εμφάνιση, σκασμένο δέρμα με εκτεθειμένο λίπος, ξηρή επιφάνεια, είναι ανώδυνα, αναίσθητα και χαρακτηρίζονται από οίδημα γύρω από το έγκαυμα. Για την αντιμετώπισή τους απαιτείται μεταμόσχευση. Κατά τις πρώτες 24 ως 48 ώρες οι λείοι μύες των αγγείων παραλύουν, προκαλώντας αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών, καθώς και διαστολή τους. (Ιωάννοβιτς, 1990, Γερμένης, 2007)

Για ακριβέστερη διάκριση χωρίζονται και σε μερικού και ολικού πάχους. Τα εγκαύματα μερικού πάχους υποδιαιρούνται ανάλογα με το βάθος καταστροφής του χορίου α. σε επιπολής (επιφανειακά) και β. σε εν τω βάθει (βαθιά) μερικού πάχους εγκαύματα. Στα επιπολής μερικού πάχους εγκαύματα διασώζονται επιθηλιακά στοιχεία που βρίσκονται στο χόριο, όπως είναι οι θύλακοι των τριχών, οι ιδρωτοποιοί αδένες, οι σημηματογόνοι αδένες ή ενίοτε και τμήματα της βασικής στιβάδας, με αποτέλεσμα η επούλωση να γίνεται από αυτά τα στοιχεία χωρίς να απαιτείται αυτομεταμόσχευση δέρματος. Αντίθετα, στα εν τω βάθει (βαθιά) μερικού πάχους εγκαύματα υπάρχει καταστροφή της επιδερμίδας και σχεδόν ολόκληρου του πάχους του χορίου, με αποτέλεσμα να διασώζονται πολύ λίγα από τα στοιχεία του δέρματος από τα οποία μπορεί να γίνει επιθηλιοποίηση. Τα βαθιά μερικού πάχους εγκαύματα συνήθως αντιμετωπίζονται κατά τον ίδιο τρόπο όπως και τα εγκαύματα ολικού πάχους δηλαδή με αυτομεταμόσχευση δέρματος. Αν αφεθούν να επουλωθούν από μόνα τους, θα απαιτήσουν 4-8 εβδομάδες ή και περισσότερο, εφόσον βέβαια δεν επιμολυνθούν και μετατραπούν έτσι σε εγκαύματα ολικού πάχους. Επίσης δεν αποκλείεται μετά την επούλωση τους να αναπτυχθούν υπερτροφικές ουλές ιδίως αν το έγκαυμα εντοπίζεται στα χέρια ή στα πόδια. Τέλος, συχνά το επιθήλιο που προκύπτει είναι ασταθές με αποτέλεσμα να παρατηρούνται συχνά φλύκταινες και μικρές εξελκώσεις στο επουλωθέν δέρμα καθώς και βασανιστικός κνησμός. (Κόνωνας, 2006)

Στα ολικού πάχους εγκαύματα, η νέκρωση αφορά όλες τις στιβάδες του δέρματος (επιδερμίδα, χόριο, επιθηλιακά στοιχεία) και ενδεχόμενα επεκτείνεται και σε βαθύτερα στρώματα (υποδόριο, μυς, οστά). Τα εγκαύματα αυτά δεν επουλώνονται καθόλου ή επουλώνονται μόνο με την ανάπτυξη κοκκιώδους και στη συνέχεια ουλώδους συνδετικού ιστού. Η διεργασία αυτή είναι χρονοβόρα και προκαλεί την ανάπτυξη ρικνωτικών ουλών. Τα εγκαύματα ολικού πάχους, έχουν τοπικές και γενικές επιπτώσεις στον οργανισμό και χαρακτηρίζονται από παρατεταμένη απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, αποτελούν πύλη εισόδου μικροβίων με άμεσο κίνδυνο σηψαιμίας και καταλήγουν στη εγκατάσταση ρικνωτικών ουλών με λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις. Για τους λόγους αυτούς, είναι απαραίτητη η ταχύτερη δυνατή αφαίρεση των εσχάρων και η κάλυψη με δερματικά μοσχεύματα. (Τσιλιμπότη, 2004)

2.4 Ποσοτική εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας.

Όσον αφορά στην έκταση των εγκαυμάτων χωρίζουμε την ανθρώπινη επιφάνεια σε 12 μέρη από τα οποία τα 11 υπολογίζονται ίσα με ποσοστό 9% της συνολικής επιφάνειας του σώματος και η περιοχή των γεννητικών οργάνων με ποσοστό 1%. Έτσι έχουμε:

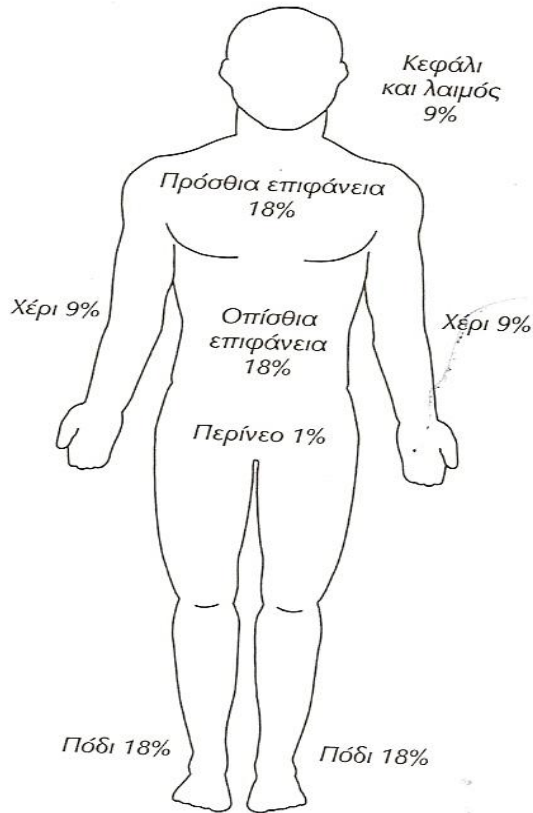
- 1) Περιοχή κεφαλιού
- 2) Αριστερό άνω άκρο
- 3) Δεξί άνω άκρο
- 4) Δεξιά εμπρός ήμισυ κορμού
- 5) Αριστερό εμπρός ήμισυ κορμού
- 6) & 7) Τα αντίστοιχα πίσω
- 8) Αριστερό εμπρός κάτω άκρο
- 9) Δεξί εμπρός κάτω άκρο
- 10) & 11) Αντίστοιχα τα πίσω μέρη των κάτω άκρων
- 12) Ο χώρος των γεννητικών οργάνων. (Τσίκος, Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, 1999)

Η μέθοδος του «Wallace» ή «του κανόνα του 9» δεν είναι ακριβής αλλά είναι απλή και εύχρηστη:

- κεφαλή 9% άνω άκρα 18% κάτω άκρα 36%
- πρόσθια επιφάνεια κορμού 18%
- οπίσθια επιφάνεια κορμού 18%
- περίνεο – γεννητικά όργανα 1%

Μια άλλη μέθοδος είναι της *παλάμης*, κάθε παλάμη του εγκαυματία ισοδυναμεί με το 1,15% της επιφάνειας του σώματός του. (Μανδρέκας, 1998, Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006, Φιδάνη, 2008)

Η εικόνα που ακολουθεί παριστά «τον κανόνα του 9» κατανέμοντας τα ανάλογα ποσοστά στην επιφάνεια του σώματος.



Εικ.1 Διάγραμμα που δείχνει τον κανόνα των εννέα. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

2.5 Ταξινόμηση της εγκαυματικής βλάβης ως προς τη βαρύτητά της.

Η βαρύτητα του εγκαύματος εξαρτάται από:

- 1) Το βάθος και την επιφάνεια του εγκαύματος.
- 2) Την έκταση και τον τύπο του εγκαύματος.
- 3) Την εντόπιση του εγκαύματος και την ηλικία.
- 4) Συνυπάρχουσες παθήσεις.
- 5) Συντρέχουσες κακώσεις. (Μανδρέκας, 1998, Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

Έτσι, ανάλογα με τη βαρύτητα των εγκαυμάτων αυτά ταξινομούνται ως εξής:

A) Εγκαύματα ήσσονος βαρύτητας.

Είναι τα εγκαύματα που δεν ξεπερνούν το 15% της επιφάνειας του σώματος και στα παιδιά το 10% ενώ το ολικό τους πάχος δε ξεπερνά το 2% της επιφάνειας του σώματος και αντιμετωπίζονται σαν εξωτερικοί ασθενείς.

B) Μέσης βαρύτητας εγκαύματα.

Τα εγκαύματα που περιορίζονται στην επιδερμίδα και στο χόριο (B' βαθμού) και η έκτασή τους κυμαίνεται στους ενήλικες μεταξύ 15-25% της επιφάνειας σώματος (10-20% στην παιδική ηλικία). -Τα εγκαύματα που αφορούν όλο το πάχος του δέρματος (3ου βαθμού), με έκταση μικρότερη από 10% της επιφάνειας σώματος, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται σε αυτά περιοχές μεγάλης λειτουργικής και αισθητικής σπουδαιότητας (πρόσωπο, χέρια, περίνεο). Αντιμετωπίζονται σε Γενικό Νοσοκομείο.

Γ) Βαριά εγκαύματα

-Τα εγκαύματα 2ου βαθμού ξεπερνούν σε έκταση το 25% της επιφάνειας σώματος στους ενήλικες.

-Όλα τα εγκαύματα ολικού πάχους του δέρματος ή βαθύτερα εκτάσεως 10% της επιφάνειας σώματος και πάνω.

-Όλα τα εγκαύματα που αφορούν περιοχές μεγάλης λειτουργικής και αισθητικής σημασίας (πρόσωπο, χέρια, περίνεο, πόδια).

-Όλα τα εγκαύματα με συμμετοχή των αναπνευστικών οδών.

-Τα ηλεκτρικά εγκαύματα ρεύματος υψηλής τάσεως.

-Εγκαύματα που συνοδεύονται από κατάγματα ή άλλες μηχανικές κακώσεις.

-Εγκαύματα που αφορούν ασθενείς σε κακή γενική κατάσταση ή υψηλής επικινδυνότητας (χρόνιες παθήσεις, υπερήλικες και βρεφική ηλικία).

Τα βαριά εγκαύματα διεκδικούν την πρώτη θέση μεταξύ των κακώσεων σε ότι αφορά το μέγεθος, την πολυπλοκότητα και τη διάρκεια των θεραπευτικών προβλημάτων. (Ντολατζάς, 1992)

ΒΑΡΙΑ	Β΄ βαθμού πάνω από 30%, Γ΄ βαθμού προσώπου, χεριών, ποδιών ή πάνω από βλάβη αναπνευστικού συστήματος, κατάγματα, μεγάλη βλάβη των μαλακών ιστών.
ΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ	Β΄ βαθμού 15-30% Γ΄ βαθμού μικρότερης από 10% της επιφάνειας του σώματος, έκτασης (εκτός προσώπου, χεριών, ποδιών).
ΕΛΑΦΡΑ	Β΄ βαθμού κάτω από 15% Γ΄ βαθμού κάτω από 2%.

Πίνακας 1 Ταξινόμηση βαρύτητας εγκαύματος. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ
ΤΟΥ
ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ

3.1 Κλινική εικόνα εγκαυματία

Ένα έγκαυμα συνήθως διέρχεται από τρία στάδια: αρχικό στάδιο shock, δεύτερη φάση και τη φάση αποκατάστασης.

A) Αρχικό στάδιο του shock.

Είναι το σημαντικότερο στάδιο γιατί ενέχεται στην πρόγνωση του εγκαύματος όσο αφορά στην επιβίωση. Η καταστροφή του δέρματος από το έγκαυμα δημιουργεί μια σειρά από παθοφυσιολογικές διαταραχές:

1. Διαταραχές όγκου:

Αυτό είναι δευτερογενές φαινόμενο και οφείλεται σε εξαγγείωση του πλάσματος, ένα μέρος του οποίου χάνεται οριστικά από την επιφάνεια του εγκαύματος σαν εξίδρωμα, ενώ ένα άλλο μέρος σχηματίζει οίδημα, ειδικά γύρω από τις εγκαυματικές επιφάνειες και αργότερα επαναπορροφάται από το αγγειακό σύστημα. Υπάρχει απώλεια ύδατος, ηλεκτρολυτών – ειδικά νατρίου με τη μορφή χλωριούχων και διττανθρακικών ανιόντων, πρωτεϊνών - ειδικά χαμηλού μοριακού βάρους που φτάνουν σε 30-50 και 80 gr πρωτεΐνης ανά λίτρο. Η συνέπεια αυτών των απωλειών είναι υπογκαιμία με αιμοσυμπύκνωση σε ολιγαϊμικό shock μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου της πρώτης περιόδου. (Μανδρέκας, 1998)

Η αναιμία επίσης είναι χαρακτηριστική, αν και συνήθως καλύπτεται από την αιμοσυμπύκνωση, και οφείλεται στην αιμορραγία και την αιμόλυση των ερυθρών αιμοσφαιρίων που γίνονται εύθραυστα από τα παράγωγα της δερματικής πρωτεόλυσης. Εάν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, τότε καταλήγει σε οξέωση, υπερκαλιαιμία και βλάβες σε διάφορα όργανα (νεφρούς, ήπαρ).

Θεραπευτικά, η συνεχής εκτίμηση του ελλείματος και η ακριβής αντικατάσταση του είναι τα προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται. Για να έχουμε αποτελεσματική θεραπεία, είναι ανάγκη αυτή να αρχίσει αμέσως, τουλάχιστον πριν την τρίτη ώρα από το έγκαυμα, και να συνεχιστεί μέχρις ότου τα διαφυγόντα υγρά με τη μορφή οιδήματος, επανέλθουν στα αγγεία (3^η – 4^η μέρα). (Μανδρέκας, 1998)

2. Θερμιδικές διαταραχές:

Με την καταστροφή του δέρματος επέρχονται σημαντικές απώλειες θερμίδων. Ο οργανισμός αντιδρά αυξάνοντας τη θερμογένεση. Επειδή η θερμορύθμιση είναι

δύσκολη, παρατηρούνται αυξομειούμενες καμπύλες, ακόμα και με έλλειψη ουσιαστικής λοίμωξης. (Μανδρέκας, 1998)

3. Παράγοντες “stress” :

Ο πόνος και το ψυχικό τραύμα είναι πηγές stress που επιτείνουν την υπογκαιμία. Το σύνδρομο αυτό αυξάνει τις ενεργειακές ανάγκες, επιταχύνει τον καταβολισμό του αζώτου, κατακρατά αλάτι και ελαττώνει την αντίσταση στις λοιμώξεις. (Μανδρέκας, 1998)

4. Τοπική λοίμωξη:

Η ανάπτυξη τοπικής λοίμωξης είναι ταχεία και αναπόφευκτη. Η καταστροφή του δερματικού φραγμού, τα νεκρώματα, η ελαττωμένη αιμάτωση της περιοχής γύρω από το έγκαυμα είναι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη μικροοργανισμών που σαπροφυτούν στην περιοχή, και προέρχονται ή από τα κόπρανα ή από εξωτερικές πηγές. (Μανδρέκας, 1998)

5. Θρομβοεμβολική νόσος:

Τελικά όλες αυτές οι καταστάσεις οδηγούν στη θρομβοεμβολική νόσο. Σ' αυτό το αρχικό στάδιο, ο εγκαυματίας είναι συγκεχυμένος και υποφέρει έντονα. Σε 2-3 ώρες, μεταπίπτει σε καταπληξία με έντονη δίψα, σύγχυση, καταβολή δυνάμεων, ταχύπνοια, ναυτία και εμετούς. (Μανδρέκας, 1998)

B) Δεύτερη φάση – Τοξαιμική.

Η δεύτερη φάση που μερικές φορές ονομάζεται και «Τοξαιμική» διαρκεί τουλάχιστον 3 βδομάδες.

1) Η πλημμελής θρέψη είναι το κύριο χαρακτηριστικό και ο έντονος καταβολισμός επιδεινώνει τα αποτελέσματα της απώλειας πλάσματος:

- Ποσοτικές διαταραχές θρέψης που έχουν σχέση με την ενέργεια: η θερμόλυση και θερμογένεση αυξάνονται.
- Ποιοτικές διαταραχές του πλάσματος: έντονος πρωτεϊνικός καταβολισμός, οι πρωτεϊνικές απώλειες (ειδικά λευκωματίνης) που επιτείνονται από την εξίδρωση και μπορεί να γίνουν σημαντικές, μέχρι και 25 mg αζώτου/m² σε 24 ώρες. (Μανδρέκας, 1998)

Η πλημμελής θρέψη είναι έντονη και προστίθεται σ' αυτήν η αναιμία. Απώλεια βάρους είναι η επόμενη συνέπεια εάν δεν υπάρχει κατάλληλη θρέψη, που φθάνει

και το 1/3 του αρχικού βάρους του εγκαυματία. Γι' αυτούς τους λόγους η υπερσίτιση είναι απαραίτητη:

- ∅ Τις πρώτες μέρες γιατί υπάρχει αδυναμία πρόσληψης τροφής από το έντερο.
- ∅ Από το στόμα μόλις είναι δυνατό.

2) Η μόλυνση είναι αναπόφευκτη. Το έγκαυμα δεν είναι ποτέ άσηπτο ακόμα και τις πρώτες ώρες. 40-50% των εγκαυματιών πεθαίνουν από σηψαιμία.

Η μόλυνση των εγκαυματικών επιφανειών είναι λοιπόν σύνηθες φαινόμενο ειδικά στα μερικού πάχους βαθειά δερματικά και στα ολικού πάχους εγκαύματα.

Μετρώντας τον αριθμό βακτηριδίων ανά γραμμάριο ιστού, αναγνωρίζουμε τον εγκαυματία υψηλού κινδύνου. Η τυφλή χορήγηση αντιβιοτικών είναι επικίνδυνη. (Μανδρέκας, 1998)

Η μόλυνση μπορεί να δημιουργηθεί στην περιοχή του εγκαύματος, στην αιμοφόρο οδό, στο κατώτερο αναπνευστικό σύστημα κ.α.

Προσοχή πρέπει να δοθεί στο σύνδρομο τοξικού shock που αναπτύσσεται ειδικά σε παιδιά με μικρά εγκαύματα που θεραπεύονται σαν εξωτερικοί ασθενείς και μολύνονται από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο. Το σύνδρομο είναι κεραυνοβόλο και θανατηφόρο και χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση με κατάλληλα αντιβιοτικά και μετάγγιση φρέσκου αίματος σε μεγάλες ποσότητες.

Σηψαιμία, μολυσματικό shock, ηπατική ή πνευμονική διασπορά, είναι οι κύριες αιτίες θανάτου των εγκαυματιών. (Μανδρέκας, 1998)

Η τοπική φροντίδα των εγκαυμάτων είναι ουσιαστική:

- è Για την πρόληψη ανάπτυξης μικροβίων και ειδικά ανθεκτικών στελεχών.
- è Για την προετοιμασία της περιοχής.
- è Για μελλοντική δερματική μεταμόσχευση.

Γ) Φάση δερματικής μεταμόσχευσης και αποκατάσταση.

Η τελευταία φάση διαρκεί συνήθως και μήνες, αλλά είναι βέβαιο ότι η σωτηρία του εγκαυματία δε μπορεί να συμβεί χωρίς την αποκατάσταση του δερματικού φραγμού, είτε με αυτόματη επούλωση είτε με δερματικά μοσχεύματα είτε με δερματικούς κρημνούς. Τα μοσχεύματα και οι δερματικοί κρημνοί είναι καλύτερης ποιότητας.

Γι' αυτό το λόγο ο χειρουργός πρέπει να αποφασίσει το συντομότερο να επέμβει και να αποκαταστήσει τους καμμένους ιστούς με ελεύθερα δερματικά μοσχεύματα. Ο χρόνος επέμβασης, εξαρτάται από την κατάσταση του εγκαυματία και αρχίζει μετά τη φάση του shock (3^η – 4^η πρώιμη εκτομή) ή μετά 2-3 εβδομάδες που έχουν επουλωθεί αρκετές από τις μερικού πάχους εγκαυματικές επιφάνειες. Βέβαια η πρώτη μέθοδος υπερέχει της δεύτερης γιατί αποφεύγεται η μόλυνση σε μεγάλο βαθμό και η θεραπεία είναι ταχύτερη και με λιγότερες επιπλοκές.

Η κάλυψη εγκαυματικών επιφανειών γίνεται με αυτομοσχεύματα (από τον ίδιο τον ασθενή), ομοιομοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα (από άλλο άνθρωπο), ετερομοσχεύματα ή ξενομοσχεύματα (από διάφορα ζώα), υποκατάστατα του δέρματος και τέλος από καλλιέργεια κυττάρων του ίδιου του εγκαυματία. (Μανδρέκας, 1998)

3.2 Διαταραχές λειτουργίας των διαφόρων συστημάτων και οργάνων.

- 1) Ο πνεύμονας: Η εγκαυματική καταπληξία προκαλεί: α) Σπασμό των βρόγχων λόγω υπερέκκρισης σεροτονίνης. β) Αναστολή της λειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου. γ) Διάνοιξη των αρτηριοφλεβωδών και αδυναμία επαρκούς οξυγόνωσης του αίματος. (Σουμιλάς, 1997)
- 2) Ο νεφρός: Λόγω της αγγειοσύσπασης στα νεφρικά αγγεία επέρχονται σημαντικές βλάβες των νεφρών. Η εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας είναι συχνή. Αυτή προκαλείται κατά τη φάση της εξ' εγκαυματικής καταπληξίας. (Ράππη – Κατσίκας, 1996)
- 3) Το ήπαρ: Λόγω της πτώσης της αρτηριακής πίεσης παρατηρείται υποξαιμία του ήπατος, η οποία αν διαρκέσει πάνω από 24 ώρες επιφέρει νέκρωση. (Σουμιλάς, 1997)
- 4) Μεταβολικές διαταραχές: Η αυξημένη μεταβολική δραστηριότητα οφείλεται αφ' ενός μεν στην εξάτμιση μεγάλων ποσοτήτων νερού από την εγκαυματική επιφάνεια, αφ' ετέρου στην τοπική ανάπτυξη φλεγμονών. (Ράππη - Κατσίκας, 1996)

- 5) Ηλεκτρολυτικές διαταραχές: Αυξάνονται οι τιμές του καλίου στο πλάσμα με την άμεση αντικατάστασή του με νάτριο. (Σουμιλάς, 1997)
- 6) Γαστρεντερικό σύστημα: Η θερμική βλάβη προκαλεί έντονη αγγειοσύσπαση στο στομάχι και το έντερο και εκδηλώνεται με μείωση του περισταλτισμού, αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί καταλήγει σε γαστρική πάρεση και παραλυτικό ειλεό. (Σουμιλάς, 1997)

Επιπλέον, σ' αυτό το σημείο θα ήταν σημαντική η ανάλυση των παραπάνω διαταραχών προκειμένου να οριστεί σαφέστερα η επιδρασή τους στον οργανισμό του εγκαυματία.

1. *Οξεία κυκλοφοριακή ανεπάρκεια (shock)*

Μια καλή κυκλοφορία αίματος εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ: 1) επάρκειας όγκου αίματος 2) φυσιολογικού αγγειακού τόνου και 3) επαρκούς καρδιακής παροχής. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ, 1997)

Ρήξη της ισορροπίας αυτής λόγω ανεπάρκειας ενός ή περισσοτέρων από τους παραπάνω παράγοντες θα προκαλέσει μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή το σύνδρομο της καταπληξίας (Κ.Α.) ή όπως είναι γνωστό Shock. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ, 1997)

Το Shock είναι μια κατάσταση όπου η διάχυση των ιστών και των κυττάρων περιορίζεται σημαντικά παρά τη μεγάλη κινητοποίηση των κυκλοφορικών εφεδρειών του οργανισμού. (Γερμένης, 2007) Εκδηλώνεται με ταχεία κατάπτωση των λειτουργιών του οργανισμού, κυρίως του αναπνευστικού και κυκλοφορικού, με την ανάλογη συμπτωματολογία (μυϊκή εξασθένηση, ωχρο, υγρό και κολλώδες δέρμα, αίσθηση έλλειψης αέρα, χαμηλό σφυγμό, ολιγουρία, πτώση αρτηριακής πίεσης, θόλωση της διάνοιας κ.τ.λ.). (Ντολατζάς, 1992)

Αποτέλεσμα της καταπληξίας είναι η δυσλειτουργία των κυτταρικών μεμβρανών, ο παθολογικός κυτταρικός μεταβολισμός και τέλος ο θάνατος των κυττάρων. (Γερμένης, 2007) Επειδή, τα διάφορα όργανα αποτελούνται από αθροίσματα κυττάρων, η ανεπάρκεια και ο θάνατος ενός σημαντικού αριθμού εξ' αυτών, έχει σαν αποτέλεσμα τη συστηματική έκπτωση της λειτουργίας των οργάνων. (Νομικός, 1993)

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ SHOCK	
Αιτιολογική	Λειτουργική
1) Υποογκαιμικό	1) Υποογκαιμικό
2) Καρδιογενές	2) Καρδιογενές
3) Σηπτικό	3) Αποφρακτικό
4) Νευρογενές	4) Δυσαναλογία αγγειακού χώρου και περιεχομένου όγκου.
5) Αλλεργικό	
6) Ενδοκρινικό - φάρμακα	

Από πρακτικής πλευράς, είναι σκόπιμο να διακρίνουμε τις καταστάσεις Shock σε δύο κατηγορίες ανάλογα με τις αιτίες που τις προκαλεί (αιτιολογική ταξινόμηση) και τις επιπτώσεις τους στην αιμοδυναμική της κυκλοφορίας (λειτουργική ταξινόμηση). (Νομικός, 1993)

Η έγκαιρη διάγνωση έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπεία του shock. Οκτώ παράμετροι θα πρέπει να μετρούνται σε κάθε άρρωστο με shock.

- 1) *Αρτηριακή πίεση*: η φυσιολογική είναι πάνω από 80 mmHg. (Ντολατζάς, 1992)
- 2) *Η κεντρική φλεβική πίεση*: φυσιολογική είναι 5-10 εκατοστά στήλης ύδατος. (Ντολατζάς, 1992)
- 3) *Διούρηση*: ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης επιτρέπει, εκτός από τη μέτρηση του ποσού ούρων τη λήψη δειγμάτων για μέτρηση ειδικού βάρους ηλεκτρολυτών. (Μπάλας, 1990) Φυσιολογική διούρηση είναι 30-50cc ανά λεπτό. (Ντολατζάς, 1992)
- 4) *Τα αέρια αίματος*.
- 5) *Το γαλακτικό οξύ*: φυσιολογική τιμή είναι 1-2mM/et. (Ντολατζάς, 1992)
- 6) *Καρδιακή παροχή*: η μέτρηση γίνεται με τη μέθοδο της θερμοδιάλυσης. Φυσιολογικά η καρδιακή παροχή είναι 5-6L/min. (Μπάλας, 1990)
- 7) *Η περιμετρική κυκλοφορία*: δέρμα ζεστό και ροδαλό δείχνει καλή κυκλοφορία. (Ντολατζάς, 1992)

8) Ο αιματοκρίτης.

Οι γενικές αρχές που ισχύουν για την αντιμετώπιση κάθε μορφής shock, είναι οι εξής:

- ✓ Διατήρηση της βατότητας των αεροφόρων οδών. (Γερμένης, 2007)
- ✓ Χορήγηση οξυγόνου. Με μάσκα ή καθετήρα ή με διασωλήνωση του αρρώστου. (Ντολατζάς, 1992)
- ✓ Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα κύστης και ούρων κάθε 1 ώρα. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)
- ✓ Καθετηριασμός μεγάλης φλέβας αν είναι δυνατό με φλεβοκαθετήρα 14-16 G. (Γερμένης, 2007)
- ✓ Μέτρηση άμεσης κεντρικής αρτηριακής πίεσης. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2006)
- ✓ Χορήγηση αντιβιοτικών. Χορηγούνται τα ανάλογα αντιβιοτικά ιδιαίτερα στο σηπτικό Shock μετά από καλλιέργεια αίματος. (Ντολατζάς, 1992)
- ✓ Διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του θύματος.
- ✓ Έλεγχος της ενδεχόμενης θερμοκρασίας. (Γερμένης, 2007)
 - ✓ Γενικά μέτρα (Κατάπαυση του πόνου με χορήγηση IV μορφίνης ή πεθιδίνης, ακινητοποίηση καταγμάτων). (Ντολατζάς, 1992)
- ✓ Τοποθέτηση ηλεκτροδίων ΗΚΓ και ετοιμασία απινιδωτή.
- ✓ Χορήγηση άλλων φαρμάκων ανάλογα με τις ειδικές ενδείξεις κάθε κατάστασης όπως π.χ. η ηπαρίνη, τα αντιβιοτικά κ.λ.π. (Γερμένης, 2007)

2. Αναπνευστική ανεπάρκεια.

Το αναπνευστικό σύστημα μπορεί να προσβληθεί άμεσα από την θερμότητα και την εισπνοή καπνού που περιέχει τοξικά αέρια και μονοξείδιο του άνθρακα, αλλά και έμμεσα, μέσω της συστηματικής αντίδρασης. (Παπαδόπουλος, 1994) Το εισπνευστικό έγκαυμα ευθύνεται για το 80-84% της θνησιμότητας που σχετίζεται με τα εγκαύματα και αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα της πρόγνωσης. Αν αυτά τα σωματίδια φιλτράρονται και δεν τους επιτρέπεται να φτάσουν στους πνεύμονες τότε δεν δημιουργούνται βλάβες. (Παπαδόπουλος, 1994)

Οι κλινικές καταστάσεις που υποδηλώνουν εισπνευστικό έγκαυμα περιλαμβάνουν: εγκαύματα προσώπου, καψαλισμένες βλεφαρίδες και ρώθωνες,

ανθρακοειδή πτύελα, συριγμό, βρόγχος φωνής, δύσπνοια, μειωμένη εγρήγορση, ανικανότητα προσανατολισμού, υπολείμματα άνθρακα στο στοματοφάρυγγα, αποκλεισμός σε φλεγόμενο περιβάλλον. (Παπαδόπουλος, 1994)

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις που έχουν ιδιαίτερη αξία είναι η μέτρηση της ανθρακλαιμοσφαιρίνης, η ινοβρογχοσκόπηση και το σπινθηρογράφημα του πνεύμονος με ραδιενεργό ξένο, τα οποία και θα καθορίσουν το είδος της συγκεκριμένης βλάβης. (Μανδρέκας, 1998)

Η θνησιμότητα που χαρακτηρίζει τις κακώσεις από εγκαύματα αναπνευστικού επιθηλίου από εισπνοή καπνού ή τοξικού αερίου ανέρχεται σε 50-90%. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται αμέσως μετά την κάκωση, τις πρώτες 48 ώρες ή ακόμα και μετά την 3^η-5^η μέρα. Υπάρχουν 3 βασικές κλινικές μορφές: 1) απόφραξη των ανώτερων αναπνευστικών οδών 2) απόφραξη κατωτέρων αναπνευστικών οδών 3) ασφυξία. (Νομικός, 1993)

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Καθιστή ή ημικαθιστή θέση στον άρρωστο.
- Ήρεμο και καθαρό περιβάλλον.
- Χορήγηση αναλγητικών.
- Χορήγηση υγροποιημένου αέρα και οξυγόνου τουλάχιστον κατά την πρώτη εβδομάδα.
- Ετοιμασία για πιθανή τεχνητή αναπνοή.
- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων. (Αθανάτου, 2004)

3. Νεφρική λειτουργία.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με βαρεία εγκαύματα (πάνω από 20% στους ενήλικες και 10% στα παιδιά) είναι δυνατόν να παρουσιαστούν προβλήματα από το ουροποιητικό όπως οξεία νεφρική ανεπάρκεια, κρυσταλλουρία και αιμοσφαιρινουρία. (Ντολατζάς, 1992)

4. Γαστρεντερικός σωλήνας.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με βαρεία εγκαύματα είναι δυνατόν να παρουσιαστεί διαταραχή στο γαστρεντερικό σύστημα με γαστροπληγία, αιμορραγίες από το στομάχι (έλκη του Curling). (Ντολατζάς, 1992)

5. Θερμιδικές διαταραχές – διαταραχές μεταβολισμού.

Όπως και σε οποιαδήποτε μεγάλη κάκωση, έτσι και στο εκτεταμένο έγκαυμα ο οργανισμός αυξάνει την έκκριση αγγειοτενσίνης, αντιδιουρητικής ορμόνης και αλδοστερόνης. (Μπάλας, 1990)

Η μεγάλη και συνεχής απώλεια πλάσματος, η δυσχέρεια λήψεως τροφής, η χορήγηση των αποθεμάτων του οργανισμού (λευκωμάτων) για την αντιμετώπιση των μεγάλων αναγκών του προκαλούν βαριές διαταραχές με αποτέλεσμα την απίσχνανση και αδυναμία αποκατάστασης των βλαβών. (Ράππη-Κατσίκια, 1996) Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας μετά από σοβαρά εγκαύματα, παρατηρείται μία αύξηση της μεταβολικής δραστηριότητας που χαρακτηρίζεται από αυξημένη διάσπαση πρωτεϊνών και αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. (Νομικός, 1993)

Ο μεταβολισμός αυξάνεται κατά 200% κατά τη πρώτη μετεγκαυματική εβδομάδα σε εκτεταμένα εγκαύματα. Ο ρυθμός αύξησεως είναι ανάλογος του βαθμού του εγκαύματος και καταλαμβάνει το 70% της ολικής επιφάνειας του σώματος. (Μπάλας, 1990) Ο Cuthberston περιέγραψε τις 2 φάσεις του μεταβολισμού στον εγκαυματία, στη φάση της ανάνηψης όπου παρατηρείται μείωση του μεταβολισμού και την καταβολική φάση, όπου έχουμε αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, ως τρόπο μεταβολικής απάντησης προς το εγκαυματικό τραύμα. (Σουμιλάς, 1997)

6. Ανοσολογικός μηχανισμός.

Οι ανοσολογικές διαταραχές που συμβαίνουν στους εγκαυματίες προδιαθέτουν σε λοιμώξεις. Συνήθως υπάρχει καταστολή των ανοσοσφαιρινών του ορού. Η κυτταρική ανοσία καταστέλλεται επίσης, όπως αποδεικνύεται από τη μακρά επιβίωση όμοιο- ή ξενομοσχευμάτων. (Engramm, 2001)

3.3 Επιπλοκές Εγκαυμάτων.

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με βαρεία εγκαύματα (πάνω από 20% στους ενήλικες, 10% στα παιδιά), είναι δυνατόν να παρουσιαστούν οι εξής επιπλοκές:

- 1) **Σηψαιμία.**Είναι η πλέον σοβαρή επιπλοκή μετά το εγκαυματικό shock και εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό, ρίγη. Αίτια είναι Gram(-) μικρόβια, ψευδομονάδα ή αερόβια που βρίσκονται στο δέρμα.
- 2) **Επιπλοκές από το κυκλοφορικό σύστημα.** Εσχάρες στα άκρα δημιουργούν ισχαιμία στα δάχτυλα που αντιμετωπίζονται με επιμήκεις εσχαροτομές.
- 3) **Επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα.** Γαστροπληγία, αιμορραγίες από το στομάχι (έλκη του Curling) ή από τα έντερα. Απαιτείται προφυλακτική χορήγηση αντιόξινων ή αναστολέων H₂-υποδοχέων.
- 4) **Σπασμοί,** παρατηρούνται κυρίως στα παιδιά. Ενοχοποιούνται η υπονατρία, αλλά και ο πυρετός(σηπτικό shock).
- 5) **Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα.** Εισρόφηση, οίδημα λάρυγγα, πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, πνευμονική εμβολή, αναπνευστική ανεπάρκεια (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας).
- 6) **Επιπλοκές από το ουροποιητικό.** Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, κρυσταλλουρία, αιμοσφαιρινουρία.
- 7) **Επιπλοκές από το αιμοποιητικό.** Αναιμία λόγω καταστροφής ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- 8) **Ουλές.** Η ανάπτυξη δύσμορφων ρικνωτικών ουλών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη λειτουργικότητα των οργάνων. Θα πρέπει να διορθώνονται με την κατάλληλη χειρουργική επέμβαση από ειδικούς γιατρούς (πλαστικούς χειρουργούς). (Lippert Herb, 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΚΟΥ

ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες και είδη λοιμώξεων.

Νοσοκομειακή λοίμωξη χαρακτηρίζεται η λοίμωξη που εμφανίζεται στο νοσοκομείο και οφείλεται σε μικροβιακά αίτια είτε της χλωρίδας του ασθενή είτε του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η λοίμωξη αυτή δεν θα πρέπει να είναι παρούσα ή να βρίσκεται στο στάδιο επώασης κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο.

Νοσοκομειακές λοιμώξεις χαρακτηρίζονται επίσης και οι λοιμώξεις που εμφανίζονται μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, αλλά στις οποίες η μόλυνση έγινε κατά την παραμονή του σε αυτό. (Αποστολοπούλου, 1996) Οι λοιμώξεις αυτές εκδηλώνονται μετά από 72 ώρες από την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Τα κυριότερα αερόβια μικρόβια που προκαλούν λοιμώξεις στους εγκαυματίες είναι αρνητικά κατά Gram (>50% των περιπτώσεων). Συχνά επίσης είναι διάφορα Gram θετικά βακτήρια (>40% κυρίως σταφυλόκοκκοι), ενώ σπανιότερα απαντούν λοιμώξεις από μύκητες ή αναερόβιους μικροοργανισμούς. (Παπαδόπουλος, Καλοβούλου, Σόφος, 1997)

Τα είδη των μικροβίων που προκαλούν λοιμώξεις είναι τα εξής :

- A. ΒΑΚΤΗΡΙΑ: χρυσίζων σταφυλόκοκκος (Ιωάννοβιτς, 1996), αεριογόνος ψευδομονάδα (Σταθάτου, 2000), πεπτόκοκκος, εντερόκοκκος κ.α. (Αρσένη, 1994)
- B. ΜΥΚΗΤΕΣ(Ιωάννοβιτς, 1996),
- C. ΙΟΙ(Ιωάννοβιτς, 1996),

Είδη λοιμώξεων

Σηψαιμία

Σήψη- σηψαιμία: αποτελεί τη συχνότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Παναγιωτόπουλος, Παπαλάμπρος, 1991) Η σηψαιμία αποτελεί μεγάλη απειλή για τον εγκαυματία, η οποία συνεχίζεται μέχρι την πλήρη επούλωση των τραυμάτων. Η ελάττωση της άμυνας του οργανισμού στη φλεγμονή, το ανοιχτό τραύμα, οι διάφοροι καθετήρες και η ενδεχόμενη τραχειοστομία αποτελούν πύλες εισόδου μικροβίων και αναπτύξεως φλεγμονής. (Κωστάκης, 2005)

Σύμφωνα με τον κύριο Μανδρέκα, εμφανίζεται όταν η συγκέντρωση των μικροβίων είναι >10⁷gr ιστού και τα κλινικά συμπτώματα είναι εμφανή. (Μανδρέκας,

1998).Υπάρχουν δεδομένα ότι η σηψαιμία σε ασθενείς με εκτεταμένα εγκαύματα συχνά προκαλείται από αναερόβια μικρόβια. (Σταθάτου, 2000)

Τα κλινικά σημεία της σήψης είναι:

- Έντονο περιεγκαυματικό ερύθημα
- Ραγδαίος και απότομος διαχωρισμός της εσχάρας
- Απόρριψη των δερματικών μοσχευμάτων
- Μετατροπή των εγκαυμάτων μερικού πάχους σε ολικού πάχους
- Πυώδης συλλογή κάτω από την εγκαυματική εσχάρα
- Μαύρες και κόκκινες αιμορραγικές περιοχές στην εσχάρα και στις παρακείμενες ζώντες δερματικές περιοχές
- Ιστολογικά ευρήματα βακτηριακής ή μυκητιασικής διείσδυσης σε βαθείς ιστούς
- Ποσοτικές εκτιμήσεις που δείχνει μικρόβια 10^5 /gr ιστού. (Σταθάτου, 200)

Γενικά λοιπόν συνιστάται προληπτικά η τοπική εφαρμογή χημειοθεραπευτικών και η πρώιμη χειρουργική εκτομή, θεραπευτικά χορηγούνται συστηματικά και τοπικά τα κατάλληλα αντιβιοτικά (μετά από καλλιέργεια) και γίνεται αφαίρεση των εγκαυματικών επιφανειών. (Μανδρέκας, 1998)

Νοσοκομειακή πνευμονία

Ο κίνδυνος της εμφάνισης πνευμονίας κατά τον μηχανικό αερισμό είναι ουσιαστικά υψηλότερος σε αυτούς τους ασθενείς με σοβαρά εγκαύματα.

Αυτή η μείωση είναι σημαντική για την πνευμονία είναι η πιο συχνή λοίμωξη σε εγκαυματίες σήμερα. Η νοσοκομειακή πνευμονία είναι συχνό πρόβλημα στον εγκαυματία, εφόσον το τραχειοβρογχικό δέντρο στο σύνολο του είναι τραυματισμένο. Γενικά, ο ασθενής με εισπνευστικό έγκαυμα έχει την μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης λοίμωξης αναπνευστικού. Ο διασωληνωμένος ασθενής μετά την τρίτη μέρα παραμονής του στον αναπνευστήρα αναπτύσσει πνευμονία από τον αναπνευστήρα. (Κοντζαμπάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Μερικές περιπτώσεις τραυματισμού της αναπνευστικής οδού είναι:

1. Εισπνοή CO
2. Εισπνευστική εγκαυματική βλάβη (ανώτερης αναπνευστικής οδού)
3. Εισπνευστική εγκαυματική βλάβη (κατώτερης αναπνευστικής οδού) (Σέχας, 1995)

Συνοψίζοντας σε περίπτωση ύπαρξης αιματογενούς πνευμονίας ή δια μέσου του αέρος βρογχοπνευμονία τα κλινικά σημεία που εμφανίζονται είναι βήχας, πυώδη πτύελα, πυρετός. Εργαστηριακά συνιστάται ακτινογραφία θώρακος και θεραπευτικά αντιμετωπίζεται με τα κατάλληλα αντιβιοτικά. (Μανδρέκας, 1998)

Μια ακόμα σοβαρή επιπλοκή αποτελεί η πνευμονική εμβολή που οφείλεται σε έμβολα που σχηματίζονται σε φλέβες της ελάσσονος πυέλου ή των κάτω άκρων. Θεραπευτικά συστηματική χορήγηση ηπαρίνης, αντιβιοτικών, O₂ και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής. (Σέχας, 1995)

4.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης λοίμωξης

- Έκταση του εγκαύματος άνω του 30% της συνολικής επιφάνειας σώματος.
- Έγκαυμα ολικού πάχους.
- Πολλοί νέοι, ηλικιωμένοι.
- Προϋπάρχουσα νόσος.
- Ξηρότητα τραύματος.
- Θερμοκρασία τραύματος.
- Ελαττωμένη αιματική ροή.
- Οξέωση.
- Περισσότεροι από 105 μικροοργανισμοί ανά γραμμάριο ιστού.

Κινητικότητα των μικροοργανισμών που αποικίζουν, προκαλούν λοίμωξη. (Κοντζαμπάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

4.3 Αντιμετώπιση των λοιμώξεων.

- 1) Τοπική φροντίδα (εφαρμογή τοπικών αντιμικροβιακών παραγόντων)
 - Ανοιχτή μέθοδος
 - Κλειστή μέθοδος
- 2) Συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών
- 3) Υδροθεραπεία: είναι η διαδικασία εμβάπτισης του εγκαυματία σε μπανιέρα ή στο ντους σε τρεχούμενο νερό.

- 4) Χειρουργικές μέθοδοι
- Εσχαρετομές
 - Κάλυψη εγκαυματικού τραύματος με προσωρινά ή μόνιμα υλικά κάλυψης
 - Τεχνητό δέρμα
 - Καλλιεργημένα κερατινοκύτταρα
 - Κρημνοί

4.4 Πρόληψη λοιμώξεων σε εγκαυματίες.

Βασικές προϋποθέσεις για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων είναι η αναγνώριση του προβλήματος, η οργάνωση των υπηρεσιών των επιφορτισμένων με αυτό και η εφαρμογή των διαφόρων προγραμμάτων ελέγχου. Άλλος σημαντικός παράγοντας πρόληψης είναι η διαρκής εκπαίδευση και ενημέρωση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε θέματα λοιμώξεων. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι πολύπλευρη, τόσο σε θεωρητική όσο και σε πρακτική. (Παπαδόπουλος, Καλοβούλου, Σοφός, 1997)

Οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά την επαφή των φροντιστών υγείας με τους εγκαυματίες για την πρόληψη λοιμώξεων είναι οι ακόλουθοι:

- Πλύσιμο χεριών πριν και μετά την επαφή με τον ασθενή.
- Χρήση αποστειρωμένων γαντιών σε ειδικές περιπτώσεις και μη αποστειρωμένων σε γενικές νοσηλείες.
- Μάσκες προστασίας υποχρεωτικές για κάθε άτομο που εισέρχεται σε θαλάμους απομόνωσης, χειρουργεία, μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς επίσης και σε αλλαγές εγκαυμάτων.
- Μπλούζες και ποδιές. (Παπαδόπουλος, Καλοβούλου, Σοφός, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ

5.1 Οι πρώτες βοήθειες στον εγκαυματία.

Οι πρώτες βοήθειες είναι πρακτική εφαρμογή αποδεδειγμένων αρχών αντιμετώπισης περιπτώσεων τραυματισμού χρησιμοποιώντας τεχνικές και μέσα διαθέσιμα για κάθε στιγμή. Είναι μια χρήσιμη μέθοδος για την αντιμετώπιση ενός τραυματία μέχρι την στιγμή που αυτός θα μεταφερθεί εάν είναι ανάγκη στο πλησιέστερο νοσοκομείο. (Κολοτούρου, Ντόλκα, 1994)

Ο πανικός και η σύγχυση που επικρατούν τη στιγμή του εγκαύματος απαιτούν ψυχραιμία από αυτόν που θα δώσει τις πρώτες βοήθειες. Ο εγκαυματίας δε θα πρέπει να μετακινηθεί από τη θέση που βρίσκεται εκτός αν πρόκειται για φωτιά, υπάρχει πυκνός καπνός, δηλητηριώδεις εξατμίσεις ή ισχυρό κρύο. (Νομικός, 1993)

Ο σκοπός των πρώτων βοηθειών που παρέχονται στομ εγκαυματία είναι:

- η ανακούφιση από τον πόνο
- η πρόληψη της μόλυνσης
- η αντιμετώπιση του shock. (Γερμένης, 2007)

Έτσι, λοιπόν μετά τις πρώτες βοήθειες και τη μεταφορά του στο νοσοκομείο θα κριθεί αν είναι αναγκαία η παραμονή του ασθενή στην κλινική για μεγάλο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό το λόγο, λαμβάνονται υπ' όψη τα ακόλουθα:

- η βαρύτητα της νόσου που επιβάλλει ένα παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας.
- η μεγάλη ποικιλία των επιπλοκών της νόσου, τόσο στην οξεία , όσο και στη χρόνια φάση της που επιβάλλουν τις συχνές μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του.
- οι συχνές και πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι εγκαυματίες κατά την οξεία και χρόνια φάση της νόσου.
- οι επανορθωτικές επεμβάσεις που εκτελούνται τουλάχιστον 6 μήνες μετά το ατύχημα.

Όλα αυτά χρειάζονται το συχνό έλεγχο του ασθενούς και τη διατήρηση συνεργασίας ανάμεσα στα αρμόδια τμήματα. (Καραντζά,2006)

A' ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων πρώτου βαθμού έγκειται στην εφαρμογή κρύων επιθεμάτων ή την εμβύθιση του εγκαύματος, αν περιορίζεται σε κάποιο άκρο, μέσα σε κρύο (όχι παγωμένο νερό). Στην συνέχεια το έγκαυμα καλύπτεται με

αποστειρωμένη γάζα. Η επάλειψη του εγκαύματος με οποιαδήποτε αλοιφή, κρέμα η σπρέι απαγορεύεται αυστηρά. Πριν την αλοιφή, το τραύμα θα πρέπει να καθαριστεί και να ξεπλυθεί με φυσιολογικό ορό. Η αφαίρεση των επαλείψεων, όταν το θύμα φτάσει στο νοσοκομείο, θα επιδεινώσει φοβερά τον πόνο. (Γερμένης, 2007)

A' ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Η θεραπεία τους είναι ανάλογη εκείνης του πρώτου βαθμού. Και εδώ η εφαρμογή κρύων επιθεμάτων ή η εμβύθιση σε κρύο νερό, μέσα σταπρώτα 20-30 λεπτά και για διάστημα μισής ώρας περίπου ελαττώνει το έγκαυμα και ανακουφίζει σημαντικά από τον πόνο. Τα άκρα με εγκαύματα δευτέρου βαθμού διατηρούνται ανυψωμένα. Οι φυσαλίδες αυτών των εγκαυμάτων δεν πρέπει ποτέ να διανοίγονται ούτε να κόπτονται και να απορρίπτονται οι παρασχίδες του δέρματος που τυχόν υπάρχουν. (Μανδρέκας, 1998, Γερμένης, 2007)

A' ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΤΡΙΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

- Σβήσιμο φωτιάς

Το θύμα που τα ρούχα του έπιασαν φωτιά, δεν πρέπει να αρχίσει να τρέχει γιατί έτσι η φωτιά φουντώνει περισσότερο, ούτε να στέκεται όρθιο γιατί έτσι είναι πιο εύκολο να εισπνεύσει τις φλόγες και να πιάσουν φωτιά τα μαλλιά του. Αντίθετα, πρέπει να ξαπλώσει στο έδαφος όπου το τύλιγμα με μια κουβέρτα, το βρέξιμο με άφθονο νερό ή και μόνο το κύλισμά του, θα βοηθήσει στο σβήσιμο. Στην συνέχεια, πρέπει να αφαιρεθεί από πάνω του κάθε κομμάτι ύφασμα που σιγοκαίεται ή οτιδήποτε θα μπορούσε να διατηρήσει θερμότητα. Στο σημείο αυτό χρειάζεται προσοχή, ώστε να μην αφαιρεθούν κομμάτια υφάσματος κολλημένα πάνω στην επιφάνεια του εγκαύματος.

- Εξασφάλιση της αναπνοής και χορήγηση οξυγόνου
- Εξασφάλιση της αναπνοής και χορήγηση οξυγόνου, ειδικά στα θύματα που έχουν εκτεθεί στην εισπνοή καπνού.
- Αφαίρεση των περισφίξεων (βραχιόλια, δακτυλίδια κ.λ.π.).
- Εξασφάλιση οδού Ε.Φ. χορήγησης υγρών.
- Αντιμετώπιση συνοδών κακώσεων.
- Επί εκτεταμένων εγκαυμάτων ο άρρωστος τυλίγεται σ' ένα καθαρόσεντόνι και μεταφέρεται στο νοσοκομείο. (Γερμένης, 2007)

5.2 Γενική αντιμετώπιση ειδικών περιπτώσεων.

Εγκαύματα από ξηρή και υγρή θερμότητα.

Ξηρά εγκαύματα: αιτίες ξηρών εγκαυμάτων είναι οι φλόγες τα αναμμένα τσιγάρα και οι ζεσταμένες ηλεκτρικές συσκευές. Επίσης ξηρά εγκαύματα προκαλούνται και από τριβή.

Υγρά εγκαύματα: προκαλούνται από υγρή θερμότητα όπως ατμός, ζεστό νερό ή λίπος.

Ψυχρά εγκαύματα: προκαλούνται από επαφή με υγρό οξυγόνο ή άζωτο. (Τσιλιμπότη, 2004)

Χημικά εγκαύματα.

Η θεραπεία των χημικών εγκαυμάτων σκοπεύει στην όσο γίνεται γρηγορότερη διακοπή της επαφής του δέρματος με τις διαβρωτικές ουσίες. Αυτό διορθώνεται με το καλό πλύσιμο της περιοχής με άφθονο νερό. Μετά το πλύσιμο 5min τουλάχιστον ο αρωγός αφαιρεί τα ρούχα του θύματος που είναι διαποτισμένα με την υπεύθυνη χημική ουσία, προσέχοντας να μην έλθει ο ίδιος σε άμεση επαφή μ' αυτή και συνεχίζει το πλύσιμο. Τέλος, το έγκαυμα επιδέχεται με αποστειρωμένη γάζα και ο άρρωστος οδηγείται στο νοσοκομείο.

Ηλεκτρικά εγκαύματα.

Η πρώτη προτεραιότητα για τον διασώστη είναι να ελέγξει εάν ο ασθενής εξακολουθεί να είναι σε επαφή με την πηγή του ρεύματος. Εάν αυτό δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί τότε ο διασώστης δεν μπορεί να αγγίξει τον ασθενή. Το καλύτερο βέβαια είναι, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα, να διακοπεί η παροχή του ρεύματος. (Σουμιλάς, 1997) Αφού απομονώσετε πρώτα το θύμα από την πηγή του ηλεκτρισμού στη συνέχεια ελέγξτε την αναπνοή του. Αν το θύμα δεν αναπνέει, αρχίζουμε αμέσως τεχνητή αναπνοή ή ΚΑΑ, αν απουσιάζει και ο σφυγμός. Η προσπάθεια συνεχίζεται μέχρι να επανέλθει η αυτόματη αναπνοή και η καρδιακή λειτουργία ή μέχρι να εμφανιστεί η πτωματική ακαμψία. Στο διάστημα που θα περιμένετε το ασθενοφόρο,

ψάξτε να βρείτε τα δυο εγκαύματα που προξένησε ο ηλεκτρισμός στα σημεία εισόδου και εξόδου του ρεύματος στο σώμα. Καλύψτε με επίδεσμο την περιοχή με το έγκαυμα. (Γερμένης, 2007, Τσιλιμπότη, 2004)

Θερμοπληξία.

- Ø Γίνεται συχνά στις αρχές του καλοκαιριού, με την απότομη έκθεση στο δυνατό ήλιο. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνουν και οι ενήλικοι και τα παιδιά, κυρίως στο δέρμα του προσώπου.
- Ø Συνιστάται να μεταφερθεί αμέσως ο ασθενής σε δροσερό μέρος έως ότου έρθει το ασθενοφόρο, για να γίνουν προσπάθειες μείωσης της σωματικής θερμοκρασίας του με δροσερές κομπρέσες και αφαίρεση των περιττών ρούχων.
- Ø Εάν ένα παιδί παρουσιάσει ηλικικά εγκαύματα, ξαπλώστε το σε ύπτια θέση και σε δροσερό μέρος. Αν νιώσετε ότι το δέρμα σας αρχίζει να καίει, φύγετε αμέσως από τον ήλιο και πηγαίνατε σε σκιά.
- Ø Μετράτε τη θερμοκρασία του κάθε 10 λεπτά. Όταν η θερμοκρασία του θα είναι κάτω 42οC, στεγνώστε τον αν όμως ανέβει ξανά πάνω από τους 42οC επαναλάβετε την παραπάνω διαδικασία.
- Ø Αν έχουν εμφανιστεί φλύκταινες, απευθυνθείτε στο γιατρό σας.
- Ø Εάν ο ασθενής του έχει τις αισθήσεις του, πρέπει να πίνει άφθονο νερό με μικρή ποσότητα άλατος. (Βασιλόπουλος, Γεωργούλιας, Δημόπουλος, 2005, health.in.gr/first aid, 2007)

Κρυοπαγήματα.

Μεταφέρεται τον ασθενή σε προστατευμένο και ζεστό περιβάλλον. Μην τον εκθέτετε σε άμεση φλόγα, μη χρησιμοποιείται θερμοφόρες με καυτό νερό και μην καταφεύγετε σε υπερβολές. Τοποθετήστε το κρυοπαγημένο μέλος (ή τα μέλη) σε χλιαρό, όχι ζεστό νερό. Αν δεν έχετε ζεστό νερό, κρατήστε το μέλος τυλιγμένο σε ζεστά ρούχα. Δώστε του να πιεί ζεστό ρόφημα. Μπορεί να χορηγηθεί ηπαρίνη ή και θρομβολυτικά σκευάσματα. Μην δώσετε στον παθόντα οινοπνευματώδη ποτά και μη τον αφήσετε να καπνίσει. Γιατί το οινόπνευμα αποδιοργανώνει το σύστημα που ρυθμίζει τη θερμότητα του σώματος και ο καπνός ελαττώνει την κυκλοφορία του αίματος στο δέρμα.Ο χειρουργικός καθαρισμός επιχειρείται μόνον όταν έχει

δημιουργηθεί σήψη (υγρή γάγγραινα) ή σαφώς καθαρισμένες περιοχές νεκρώσεων. (Μπάλας, 1990, Γερμένης, 2007)

Εγκαύματα από ραδιενέργεια.

Αποτελεσματική θεραπεία για τις περισσότερες βλάβες από πυρηνική ακτινοβολία δεν υπάρχει, γι' αυτό ο πρωταρχικός στόχος είναι η πρόληψη. Όλες οι καταστάσεις αντιμετωπίζονται συμπτωματικά. Απομακρύνετε γρήγορα το θύμα από τη ραδιενεργό περιοχή. Σχίστε και πετάξτε τα ρούχα του. Πλύνετε τον με άφθονο νερό. (Το νερό που χρησιμοποιήσατε για το πλύσιμο έχει ήδη μολυνθεί). Πλυθείτε γρήγορα κι εσείς και αλλάξτε ρούχα. (health.in.gr/first aid, 2007)

5.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στους εγκαυματίες.

5.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στον τόπο του ατυχήματος.

Η πρώτη προτεραιότητα για το εγκαυματικό θύμα στον τόπο του ατυχήματος είναι να σταματήσει η εγκαυματική διαδικασία και κατόπιν να εκτιμηθούν ο αεραγωγός, η αναπνοή και η κυκλοφορία και να ανιχνευθούν άλλες μεγάλες κακώσεις.

§ Αεραγωγός: Ελέγχουμε αν ο αεραγωγός είναι βατός ή είναι αποφραγμένος από τη γλώσσα, από ένα ξένο σώμα ή από λαρυγγικό οίδημα. Κάνουμε οπτική επιθεώρηση του φάρυγγα και των φωνητικών χορδών για φλύκταινες, ερυθρότητα και για σωματίδια άνθρακα. Παρατηρούμε για αυξανόμενη ανησυχία και νευρικότητα του ασθενή. Ελέγχουμε για αυξανόμενη δυσκολία στην αποβολή των εκκρίσεων και για αναφορές παραπόνων δυσκολίας στην αναπνοή και στην κατάποση. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου, 2004,)

§ Αναπνοή: Ελέγχουμε αν η αναπνοή είναι εύκολη, ή ο άρρωστος αγωνίζεται ή δυσκολεύεται να αναπνεύσει. Αν είναι οι αναπνοές κανονικές και πλήρεις ή είναι επιπόλαιες και ανώμαλες, συχνές ή αραιές. Αν εισπνεύστηκαν φλόγες ή ζεστά αέρια και αν υπάρχει επίμονος συριγμός. Επίσης, γίνεται οπτική επιθεώρηση του θώρακα και παρατηρείται αν υπάρχει ανεπαρκής διόγκωση

του στήθους. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου,2004,)

§ Κυκλοφορικό: Για τη σωστή λειτουργία της κυκλοφορίας ελέγχουμε αν υπάρχει αιμορραγία, αν υπάρχει σφυγμός και ποια είναι η συχνότητα και η ποιότητά του. Εάν υπάρχει απουσία σφύξεων συνοδευόμενες με απουσία αναπνοής τότε εκτελούμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Εάν υπάρχει αναπνοή αλλά δεν υπάρχουν σφύξεις κάνουμε μόνο μαλάξεις. Τοποθετούμε το θύμα σε πρηνή θέση, εκτελούμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση αν είναι ανάγκη, κάνουμε έκπλυση της εγκαυματικής επιφάνειας με άφθονο νερό, αφαιρούμε τα υγρά ενδύματα και καλύπτουμε με καθαρά σεντόνια ή κουβέρτες, κόψιμο ή σχίσιμο γύρω από κάθε μέρος ενδύματος που είναι κολλημένο πάνω σε εγκαυματική επιφάνεια και αποφεύγεται κάθε προσπάθεια αποκόλλησής του, γίνεται αφαίρεση κάθε σφικτού ενδύματος και κοσμημάτων. Μετά την παροχή πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος, το θύμα μεταφέρεται στο πλησιέστερο νοσοκομείο, κατά προτίμηση με εγκαυματική μονάδα, αν το έγκαυμα είναι βαρύ. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου,2004,)

5.3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

Κατά την παραλαβή σ' αυτό το τμήμα γίνεται η εκτίμηση του ασθενή ως εξής: Περιγράφεται η πηγή ενέργειας που προκάλεσε το έγκαυμα, ο χρόνος έκθεσης σ' αυτή, πότε και σε τι χώρο συνέβη το ατύχημα, η ηλικία και το προεγκαυματικό βάρος του σώματος, η όψη εγκαυματικής επιφάνειας, η εκτίμηση βαθμού εγκαύματος, ερύθημα, φυσαλίδες, πηκτική νέκρωση, βαθμός οιδήματος, ο βαθμός πόνου και αισθητικότητας, η κινητικότητα μελών ο υπολογισμός έκτασης εγκαυματικής επιφάνειας, σημεία από το αναπνευστικό (ρόγχοι, βήχας, πτύελα, δύσπνοια), καμένες τρίχες μύτης, η ψυχική κατάσταση του αρρώστου, εξακριβώνεται αν ο ασθενής πήρε κάποιο φάρμακο για το έγκαυμα προτού μεταφερθεί στο τμήμα επειγουσών καταστάσεων, αν του έγινε αντιτετανικός ορός, αν ο ασθενής παίρνει άλλα φάρμακα και αν παρουσίασε ποτέ αλλεργία σε φάρμακο, διευκρινίζεται αν του δόθηκε πρώτη βοήθεια και ποια στον τόπο του ατυχήματος, εξακριβώνεται αν ο ασθενής πάσχει από άλλο νόσημα, όπως καρδιοπάθεια, νεφροπάθεια ή διαβήτη, που χρειάζεται ταυτόχρονη με το έγκαυμα θεραπεία ή ύπαρξη ψυχικής νόσου,

αλκοολισμού ή επιληψίας. Επιπλέον, στέλνουμε δείγματα ούρων για αιμοσφαιρίνη και κυλίνδρους, αίμα για αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτη, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη, λευκωματίνη, σφαιρίνη, σάκχαρο, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση, ασβέστιο και φωσφόρο, αέρια αρτηριακού αίματος και ομάδα για διασταύρωση αίματος. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου,2004,)

Επίσης, φροντίζουμε για εξασφάλιση ελεύθερου αεραγωγού με εισαγωγή ενδοτραχειακού σωλήνα και διατήρηση αναπνευστικής υποστήριξης για όλα τα εγκαύματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο, το λαιμό ή το κεφάλι, τα μαζικά εγκαύματα του κορμού και τα εγκαύματα που συνέβησαν σε κλειστό χώρο και χορήγηση οξυγόνου υψηλής πυκνότητας. Μειώνουμε τον πόνο με χορήγηση αναλγητικών και αποφεύγουμε τη μόλυνση με πλύσιμο εγκαυματικής επιφάνειας με άφθονο ψυχρό αποστειρωμένο νερό ή διάλυμα NaCl ή ιωδοφόρο σαπούνι, απομάκρυνση πίσσας από την εγκαυματική επιφάνεια με χρησιμοποίηση ορυκτών λαδιών, αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και εφαρμογή αλοιφών ή κρεμών και χορήγηση αντιτετανικού ορού. Ελαττώνουμε τη μετακίνηση και απώλεια υγρών.Και τέλος εξασφαλίζουμε συγκηνησιακή υποστήριξη για τον άρρωστοκαι την οικογένειά του. (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου,2004, Φιδάνη, 2008))

5.3.3. Νοσηλευτική παρέμβαση εντός του νοσοκομείου.

Μετά την παρακολούθηση του στο Τ.Ε.Π. εκτιμάται η κατάσταση του εγκαυματία και αν κριθεί σοβαρή συνεχίζεται η νοσηλεία του στο νοσοκομείο. Τα εγκαύματα που εισάγονται είναι:

- α. τα εγκαύματα μερικού πάχους πάνω από 15% επιφάνειας σώματος
- β. εγκαύματα ολικού πάχους πάνω από 5% επιφάνειας σώματος
- γ. εγκαύματα προσώπου, χεριών, ποδιών, περινέου ανεξάρτητα βαθμού
- δ. ηλεκτρικά - χημικά εγκαύματα
- ε. αν συνυπάρχει τραύμα εξ εισπνοής
- στ. αν συνυπάρχει άλλη πάθηση πχ σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακή ανεπάρκεια κ.ο.κ.

Σημαντικός παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η ικανότητα προς συνεργασία του εγκαυματία καθώς και η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού

περιβάλλοντος. (Κόνωνας, 2006)

Ακόμα, σημασία θα πρέπει να δίνεται και στους παρακάτω παράγοντες:

1. η βαρύτητα της νόσου που επιβάλλει ένα παρατεταμένο χρόνο νοσηλείας.
2. η μεγάλη ποικιλία των επιπλοκών της νόσου, τόσο στην οξεία , όσο και στη χρόνια φάση της που επιβάλλουν τις συχνές μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του.
3. οι συχνές και πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι εγκαυματίες κατά την οξεία και χρόνια φάση της νόσου.
4. οι επανορθωτικές επεμβάσεις που εκτελούνται τουλάχιστον 6 μήνες μετά το ατύχημα.

Γιατί όλα αυτά χρειάζονται το συχνό έλεγχο του ασθενούς και τη διατήρηση συνεργασίας ανάμεσα στα αρμόδια τμήματα. (Καραντζά, 2006)

Με την εισαγωγή του εγκαυματία στο νοσοκομείο ξεκινά η νοσηλευτική του φροντίδα. Η πρώτη ενέργεια του νοσηλευτή είναι η αρχική εκτίμηση της κατάστασής του εγκαυματία που είναι σημαντική για την έκβαση της κατάστασής του. Είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής που εργάζεται στην μονάδα εγκαυμάτων να έχει τις γνώσεις και την ικανότητα ώστε να μπορεί να εκτιμήσει την όψη της εγκαυματικής επιφάνειας, το βαθμό του εγκαύματος και αν αυτό παρουσιάζει ερύθημα, φυσαλίδες, πηκτική νέκρωση και οίδημα. Ελέγχει τον βαθμό του πόνου και την κινητικότητα και την αισθητικότητα των μελών. Το έγκαυμα επειδή επηρεάζει και άλλα συστήματα, παρατηρείται για τυχόν εκδηλώσεις από αυτά.

Επίσης, ο νοσηλευτής φροντίζει και για την εκπλήρωση της θεραπευτικής αγωγής του εγκαυματία η οποία συνιστάται στην αντιμετώπιση:

- της νευρογενούς και υποογκαιμικής καταπληξίας,
- της μεταβολικής οξέωσης,
- των θερμιδικών αναγκών,
- της ενδεχόμενης υπερκαλιαιμίας και
- των εγκαυματικών τραυμάτων.

Η αντιμετώπιση της νευρογενούς καταπληξίας γίνεται με την συστηματική ενδοφλέβια χορήγηση πολλαπλών και μικρών δόσεων αναλγητικών και κατά προτίμηση πεθιδίνης.

Η αποκατάσταση της υποογκαιμίας, που εγκαθίσταται μέσα στην πρώτη ώρα ήδη από το ατύχημα, αποτελεί τον στόχο για την αντιμετώπιση του δεύτερου είδους

καταπληξίας, στην οποία βρίσκεται ο εγκαυματίας. Γι' αυτό έχουν προταθεί διάφορα σχήματα χορήγησης των υγρών, που δίνουν από το πρώτο 24ωρο κολλοειδή, κρυσταλλικά διαλύματα, είτε συνδυασμός των δύο. (Ιωάννοβιτς, 1990)

Η χορήγηση κολλοειδών και κρυσταλλοειδών διαλυμάτων γίνεται βάσει πινάκων. Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι οι οδηγίες βάσει πινάκων είναι ενδεικτικές και όχι δεσμευτικές και ότι θα πρέπει να υπάρχει ευελιξία στη χορήγηση υγρών με κριτήρια κυρίως την ωριαία διούρηση, την Κ.Φ.Π. ή την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας, την περιφερειακή τριχοειδή αιμάτωση, την εγκεφαλική λειτουργία κ.λ.π. Ίσως είναι προτιμότερο το πρώτο 24ωρο να μη χορηγούνται καθόλου κολλοειδή διαλύματα αλλά μόνο κρυσταλλοειδή NaCl.9% και 5% γλυκόζη σε 2:1 αναλογία και σε ποσότητα 4ml/kg/% εγκαύματος.

Η χορήγηση διαλυμάτων Lactate Ringrer's πρέπει να γίνεται με φειδώ, διότι το διάλυμα είναι ελαφρώς υποτονικό και προκαλεί και μεταβολική αλκάλωση. Η χορήγηση των κολλοειδών διαλυμάτων κατά και κυρίως μετά το δεύτερο 24ωρο είναι απαραίτητη για την κατακράτηση των χορηγούμενων υγρών μέσα στον αγγειακό χώρο. Υπέρτονα αλατούχα διαλύματα έχουν προταθεί με τη σκέψη ελάττωσης του οιδήματος των ιστών. (Souba, Fink, 2006)

Η κλινική και η εργαστηριακή παρακολούθηση των εγκαυματιών τις πρώτες μετεγκαυματικές ημέρες εστιάζεται στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, όσο και στην διάγνωση τυχόν επιπλοκών από αυτήν. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι εξής απλοί παράμετροι:

- Επίπεδο συνείδησης
- Ωριαία διούρηση, διατηρούμενη μεταξύ 50-100 ml/h
- Κεντρική φλεβική πίεση, ανά 3ωρο
- Αιματοκρίτης, ανά 4ωρο, σαν δείκτης της αιμοσυμπύκνωσης.
- Ζωτικά σημεία ανά ώρα (σφίξεις, αρτηριακή πίεση,
- θερμοκρασία και συχνότητα αναπνοών) . (Ιωάννοβιτς, 1990)

Ένα άλλο σημείο στη νοσηλεία του εγκαυματία όπου ο νοσηλευτής δίνει εξαιρετική σημασία είναι η φαρμακευτική αγωγή. Η χρήση αναλγητικών φαρμάκων είναι σχεδόν πάντοτε αναγκαία. Ισχυρά αναλγητικά (μορφίνη, πεθιδίνη) ή ηρεμιστικά (διαζεπάμη), όταν έχουν ένδειξη, πρέπει να χορηγούνται ενδοφλέβια. Η ενδομυϊκή χορήγηση τους, αμέσως ή τις πρώτες ώρες μετά την κάκωση είναι στα βαριά εγκαύματα αναποτελεσματική. Όταν μάλιστα η αναποτελεσματικότητα οδηγήσει σε επαναλήψεις

της δόσεως του φαρμάκου, η μαζική είσοδος του στην κυκλοφορία, μόλις αντιροπισθεί η καταπληξία, αποτελεί σημαντικό κίνδυνο. Η καταστολή της, ενδεχόμενο ήδη προβληματικής, αναπνευστικής λειτουργίας είναι η συχνότερη επιπλοκή. Η διαστομική χορήγηση αναλγητικών έχει ένδειξη στα περιορισμένης εκτάσεως επιδερμικά εγκαύματα (α+β βαθμού), όταν δεν συνοδεύονται από γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία ή έμετο.

Η συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών στους εγκαυματίες, εφόσον τηρούνται όλοι οι άλλοι όροι νοσηλείας και θεραπείας τους, έχει ένδειξη μόνο για την αντιμετώπιση συστηματικών φλεγμονών ή γενικευμένης μικροβιακής λοίμωξης, που ενδέχεται να εμφανισθεί ως επιπλοκή στην πορεία της εγκαυματικής νόσου. Τοπικές λοιμώξεις, όταν αντιμετωπιστούν πρώιμα και εντατικά με την ενδεδειγμένη τοπική φαρμακευτική ή χειρουργική αγωγή, θεραπεύονται χωρίς να οδηγήσουν σε γενικευμένη λοίμωξη και σηψαιμία. Η υποκατάσταση της εντατικής τοπικής θεραπείας ή της αναγκαίας πρώιμης εγχειρητικής αντιμετώπισης με τη χορήγηση αντιβιοτικών και μάλιστα αμέσως μετά την κάκωση δεν αποτελεί χρήσιμη θεραπευτική παρέμβαση ή προληπτική αντιμετώπιση.

Η χορήγηση VIT-A πρέπει να αρχίσει μέσα στις πρώτες 24 ώρες για να βοηθήσει όσο το δυνατόν στην καλύτερη επιθηλιοποίηση του εγκαύματος.

Η χορήγηση ηπαρίνης επίσης είναι αμφιλεγόμενο θέμα αλλά υποστηρίζεται ότι:

1. Προφυλάσσει από τις θρομβώσεις στην μικροκυκλοφορία και έτσι εμποδίζει τις νεκρώσεις και την εξέλιξη ενός εγκαύματος μερικού πάχους σε ολικού πάχους.
2. Προφυλάσσει από θρομβοεμβολικά επεισόδια κυρίως σε ασθενείς κλινήρεις για μεγάλο διάστημα.
3. Προφυλάσσει από τη διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, μία συχνή επιπλοκή του εγκαυματικού shock . (Souba, Fink, 2006)

Και τέλος, η αναγκαιότητα αντιτετανικής προφυλάξεως είναι αυτονόητη ακόμα και για τα εγκαύματα πρώτου βαθμού, ανεξάρτητα από την έκτασή τους. Η επάρκεια ή μη προηγούμενων εμβολιασμών κατοχυρώνεται μόνο εφόσον υπάρχουν σχετικές έγκυρες καταγραφές.

Οι τύποι Evans, Brooke, Baxter/Parkland για την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών στα εγκαύματα:

Τύπος Evans

ΠΡΩΤΟ 24/ΩΡΟ

Κολλοειδή: 1ml /kg/% εγκαύματος

NaCl 9%: 1ml /kg/% εγκαύματος

5% Dextrose/w: 2000ml

ΔΕΥΤΕΡΟ 24/ΩΡΟ

Κολλοειδή: 0,5ml/kg/% εγκαύματος

NaCl 9%: 0,5ml/kg/% εγκαύματος

5% Dextrose/w: 2000ml

Τύπος Brooke

ΠΡΩΤΟ 24/ΩΡΟ

Κολλοειδή: 0,5ml/kg/% εγκαύματος

Lactated Ringer's: 1,5ml/kg/% εγκαύματος

5% Dextrose/w: 2000ml

ΔΕΥΤΕΡΟ 24/ΩΡΟ

Κολλοειδή: 0,25 ml/kg/% εγκαύματος

Lactated Ringer's: 0,75 ml/kg/% εγκαύματος

5% Dextrose/w: 2000ml

Τύπος Baxter/Parkland

ΠΡΩΤΟ 24/ΩΡΟ

Lactated Ringer's: 4ml/kg/% εγκαύματος

ΔΕΥΤΕΡΟ 24/ΩΡΟ

5% Dextrose/w: 2000ml

Πλάσμα σε ποσότητα αρκετή για την αποκατάσταση του όγκου πλάσματος.

(Souba, Fink, 2006)

5.4 Καθημερινή φροντίδα ασθενή.

5.4.1 Σίτιση του εγκαυματία

Εκτός από την τοπική περιποίηση του εγκαύματος, μεγάλη σημασία έχει και η κάλυψη των ιδιαίτερα αυξημένων αναγκών του εγκαυματία σε θερμίδες και πρωτεΐνες. Αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι σημαντικές απώλειες σε λεύκωμα, ο εγκαυματίας οδηγείται σε σημαντική απώλεια μάζας και απίσχναση, καταστολή των μηχανισμών άμυνας, με όλες τις δυσάρεστες για τη ζωή του συνέπειες

Όλοι οι τρόποι σίτισης μπορούν να εφαρμοστούν στον εγκαυματία αλλά η επιλογή της καταλληλότερης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται η άμεση εντερική σίτιση στους εγκαυματίες όπως συμβαίνει και στους πολυτραυματίες. (Κωννας, 2006)

Τρόποι σίτισης του εγκαυματία

Υπάρχουν:

A) Εντερική διατροφή

- Από το στόμα
- Σίτιση με καθετήρα
- Συμπληρωματική
- Συνδυασμό των παραπάνω

B) Παρεντερική διατροφή

- Κεντρική
- Περιφερική

Με την εντερική σίτιση που αρχίζει μέσα στις πρώτες 4-6 ώρες, όχι μόνο εξασφαλίζονται άμεσα οι ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες σε θερμίδες και θρεπτικές ουσίες, αλλά πρόσθετα διατηρείται η ακεραιότητα του εντερικού φραγμού και έτσι μειώνεται το ενδεχόμενο εμφάνισης σήψης. (Κωννας, 2006)

Στην παρεντερική διατροφή στερούμε τον εντερικό σωλήνα από τα κύρια ερεθίσματα διατροφής. Σήμερα κυκλοφορούν έτοιμα σκευάσματα διατροφής που χορηγούνται με συνεχή έγχυση στο δωδεκαδάκτυλο ή στο στομάχι. Χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα η παρασκευή των γευμάτων που περιέχουν τις αναγκαίες ποσότητες πρωτεϊνών και θερμίδων. Σήμερα υπάρχουν στο ιατρικό εμπόριο ειδικές τροφές με υψηλή περιεκτικότητα από πρωτεΐνες και θερμίδες. Τέτοια σκευάσματα είναι π.χ.Complam, (Μανδρέκας , 1998)

5.4.2 Επιπλοκές Εντερικής Διατροφής

A)Εισρόφηση

Η εισρόφηση οφείλεται σε κακή τοποθέτηση καθετήρα,σε χρήση καθετήρα ο οποίος έχει μεγάλη διάμετρο και οδηγεί το άτομο σε δυσφορία.Επίσης η κακή διάθεση του ασθενή καθώς και η θέση του μετά το φαγητό παίζουν σημαντικό ρόλο.Ο ασθενής που φέρει καθετήρα,μετά τη λήψη τροφής πρέπει να παίρνει ημικαθιστή θέση για λίγη ώρα,έτσι ώστε να προλαμβάνοντε τέτοιου είδους επιπλοκές.

B) Διάρροια

Η διάρροια οφείλεται σε παρατεταμένη χρήση φαρμάκων

- Κακή ανοχή λακτόζης
- Υπέρτονο σκεύασμα

Οι θερμιδικές απαιτήσεις ενός εγκαυματία είτε είναι ενήλικας είτε νεογνό, υπολογίζονται με διάφορες φόρμουλες π.χ.Matsudo Curreri,Benedict.Είναι αυτονόητο όμως ότι δεν θα πρέπει να παραμένουμε πιστά προσκολλημένοι στους υπολογισμούς μας, αλλά αντίθετα θα πρέπει συχνά να ελέγχουμε την αποτελεσματικότητα της θρεπτικής υποστήριξης που παρέχουμε στον εγκαυματία, παρακολουθώντας ανά τακτά χρονικά διαστήματα, το σωματικό του βάρος και την

αλβουμίνη ορού. Εκτός από την κάλυψη σε θερμίδες, απαιτείται και η κάλυψη των αναγκών σε βιταμίνες ιδίως C και A καθώς και ιχνοστοιχεία. Μερικά από τα ιχνοστοιχεία, όπως ψευδάργυρος είναι απαραίτητα για την ομαλή επούλωση του εγκαύματος. Σε εγκαυματίες έχουν διαπιστωθεί σημαντικά ελλείματα ψευδάργυρου, χαλκού και σιδήρου. (Κόνωνας, 2006)

5.4.3 Καθαριότητα ασθενούς

Θα πρέπει να υπάρχει πλήρη και ισορροπημένη καθαριότητα του ασθενούς που περιλαμβάνει:

“ Καθημερινή φροντίδα της περιοχής του προσώπου καθώς και καθημερινή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας, ιδιαίτερα μετά την λήψη τροφής. Τα χείλη του ασθενούς χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα. Δεν θα πρέπει επίσης να παραλείπεται η καθαριότητα των ρουθουνιών από τις βλέννες, η συγκέντρωση των οποίων μπορεί ακόμη και να εμποδίσει την φυσιολογική αναπνοή. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καθημερινή φροντίδα των οφθαλμών με πλύσεις. Τα αφτιά του ασθενούς, εκτός από τον καθημερινό καθαρισμό, αν φέρουν εγκαυματικές βλάβες χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή.

Σημεία όπως ερυθρότητα, οίδημα και αίσθημα κνησμού είναι ενδεικτικά πλημμελούς καθαριότητας ή διαφυγής ούρων από τον καθετήρα Foley. Και τις εγκαυματικές επιφάνειες αφού επουλωθούν και καλυφθούν με μοσχεύματα γίνεται χρήση λιπαντικής λοσιόν, μετά το ημερήσιο λουτρό. Τα νύχια του ασθενούς διατηρούνται καθαρά και κομμένα. Έτσι αποφεύγεται η συσσώρευση λοιμογόνων παραγόντων σε αυτά, όπως επίσης αποφεύγονται οι μηχανικές κακώσεις από το υπερβολικό μήκος τους.

Παράλληλα με την εκτέλεση αυτών των ενεργειών, ο νοσηλευτής διδάσκει την οικογένεια του ασθενούς σχετικά με την εφαρμογή αυτών των καθημερινών μέτρων ατομικής καθαριότητας. Και ο ίδιος ο ασθενής όμως πρέπει να διδάσκεται σχετικά με το πώς μπορεί να εκτελέσει ο ίδιος την καθαριότητα του σωστά και αποτελεσματικά. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 2006.)

5.4.4 Θεραπευτική λουτροθεραπεία

Ένα μέρος της θεραπευτικής αγωγής του εγκαυματία είναι και η λουτροθεραπεία. Αυτή δεν επιβάλλεται μόνο για λόγους γενικής καθαριότητας , αλλά είναι και ένα μέσο φυσιοθεραπείας, ενώ παράλληλα συντελεί στην αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών. Συνηθέστερα χρησιμοποιείται διάλυμα φυσιολογικού ορού, αντισηπτικού. Θα πρέπει η θερμοκρασία του διαλύματος να είναι λίγο υψηλότερη από αυτή του σώματος(www.iatronet.gr/ygeia,2007)

5.4.5 Τοπική φροντίδα εγκαύματος

Μετά την αρχική φάση της ανάνηψης ακολουθεί η μακρά περίοδος της φροντίδας του εγκαυματία,που αποσκοπεί στην επούλωση του εγκαύματος και που πρέπει να γίνεται κάτω απο αυστηρά άσηπτες συνθήκες.Οι αλλαγές στα εγκαύματα είναι καθημερινές όπως και το μπάνιο.Κύριος στόχος της αρχικής τοπικής φροντίδας είναι μεγαλύτερη δυνατή πρόληψη της επιμόλυνσης, η ανακούφιση από τον πόνο και η μείωση της απώλειας των υγρών Καθαρίζονται οι εγκαυματικές επιφάνειες με άφθονο φυσιολογικό ορό και αραιό αντισηπτικό διάλυμα. Αφαιρούνται οι νεκροί ιστοί και αν υπάρχουν φυσαλίδες κενούνται από το περιεχόμενο τους το οποίο είναι λευκωματούχο, αποτελεί ιδεώδες μέσο ανάπτυξης βακτηριδίων.(.Κόνωνας, 2006)

Οι τοπικοί χημειοθεραπευτικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται είναι:

α) διάλυμα νιτρικού αργύλου, το οποίο τοποθετείται με τη μορφή κομπρέσσας. Οι γάζες πρέπει να διαβρέχονται με το διάλυμα συχνά, ώστε να διατηρούνται υγρές. Λόγω του ότι το διάλυμα είναι υπότονο έχει μερικά μειονεκτήματα. Χρωματίζει μαύρους τους ιστούς και δεύτερον, υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Ηλεκτρολύτες, ειδικά νάτριο και κάλιο, μετακινούνται από τα υγρά του σώματος στις εμποτισμένες γάζες με αποτέλεσμα η μετακίνηση αυτή να γίνει πολύ γρήγορα, ειδικά σε αρρώστους με εκτεταμένα εγκαύματα και σε παιδιά, και να προκαλέσει οξεία ηλεκτρολυτική διαταραχή.

β) Το διάλυμα οξική μαφεδίνη (δεν κυκλοφορεί ευρέα στην Ελλάδα) Το φάρμακο αυτό διεισδύει επαρκώς στις εγκαυματικές εσχάρεις και έχει έντονη αντιμικροβιακή δράση. Επίσης προκαλεί πόνο κατά την εφαρμογή της.

γ) Η αργυροσουλφαδιαζίνη (*silver sulfadiazine*) είναι διαθέσιμη ως υδροδιαλυτή κρέμα σε συγκεντρώσεις 1% και είναι βακτηριοκτόνος για τα gram – αρνητικά και gram- θετικά βακτήρια. Στις αρνητικές του ιδιότητες καταλογίζεται η τοξική επίδραση στο μυελό των οστών και η λευκοπενία.

δ) Η αλοιφή ή κομπρέσα ιωδιούχου ποβιδόνης (*betadine*) αποτελεσματική ενάντια σε μια ευρεία ποικιλία gram –αρνητικών και gram –θετικών οργανισμών, μυκητών και ιών. Οι επιδέσεις συνήθως αλλάζονται κάθε έξι ώρες. Μειονέκτημα είναι η πρόκληση σκλήρυνσης του δέρματος που περιορίζει έτσι την δυνατότητα κινήσεων. (Κόνωνας, 2006)

Για την τοπική φροντίδα του εγκαύματος είναι δυνατόν να εφαρμοστεί κλειστή ή ανοιχτή μέθοδος ή συνδιασμός των δύο. Με την κλειστή μέθοδο, το έγκαυμα μετά την εφαρμογή του τοπικού χημειοθεραπευτικού καλύπτεται με αποστειρωμένες γάζες, ενώ με την ανοιχτή μέθοδο το έγκαυμα είναι ανοιχτό. Η δεύτερη συνήθως γίνεται σε περιοχές που δεν είναι δυνατή η επίδεση, όπως πρόσωπο, λαιμός, περίνεο, κορμός ή εγκαύματα ολικού πάχους. Οι εγκαυματικές επιφάνειες παραμένουν ακάλυπτες, ελεύθερες στον ατμοσφαιρικό αέρα, ξηραίνονται και σχηματίζουν εσχάρες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής είναι σε απομόνωση, με σταθερή θερμοκρασία 28-32 βαθμούς και νοσηλεία με άσηπτη τεχνική για την πρόληψη μόλυνσης. (Αθανάτου, 2000)

Στην κλειστή μέθοδο η εγκαυματική επιφάνεια καλύπτεται με αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό. Προστατεύεται από επιμόλυνση, ακινητοποιούνται οι αρθρώσεις και περιορίζονται οι απώλειες υγρών από τις εγκαυματικές επιφάνειες. Γίνεται επιμελής καθαρισμός, συχνά υπο νάρκωση και εφαρμογή επιθέματος εμποτισμένου με διάλυμα. Στον ασθενή πρέπει να διατηρείται η καθημερινή του καθαριότητα, μοναχικό δωμάτιο, καλή θρέψη, καθαρό περιβάλλον απαλλαγμένο από παθογόνους μικροοργανισμούς. Τέλος χορήγηση καθορισμένης αντιβίωσης και άλλων φαρμάκων ανάλογα με την καλλιέργεια. (Αθανάτου, 2000)

5.5. Η σημασία της νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση των εγκαυμάτων.

Τα εγκαύματα, όπως διαπιστώνουμε από την περιγραφή της νόσου και την

πολυπλοκότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης, είναι μια αρκετά σοβαρή περίπτωση η οποία αναλόγως της φροντίδας που θα της δοθεί μπορεί να σώσει ή αντίθετα να βάλει σε κίνδυνο μια ζωή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι τεράστιος αφού δεν ασχολείται πλέον με απλές νοσηλείες αλλά έχει να κάνει τόσο με τις φυσικές και σωματικές συνέπειες του εγκαύματος που απαιτούν λεπτές και εξειδικευμένες τεχνικές αλλά και με την ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση ενός τέτοιου τραυματισμού. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος και να μπορεί να αποδώσει σωστά κάτω από τις συνθήκες που βρίσκονται τα σημερινά νοσοκομεία στη χώρα μας. Δυστυχώς για την ελληνική πραγματικότητα είναι λίγο δύσκολο να δημιουργηθούν μονάδες εγκαυμάτων στα νοσοκομεία λόγω του μεγάλου κόστους που συνεπάγονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

6.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Η τεράστια πρόοδος στη χειρουργική, στην αναισθησιολογία και στην τεχνολογία και ιδιαίτερα στη βελτίωση των μηχανημάτων και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται στη χειρουργική, καθώς και ο έλεγχος των λοιμώξεων και οι συμπληρωματικές θεραπείες, όπως η ακτινοβολία και χημειοθεραπεία, έχουν τη φροντίδα του χειρουργημένου αρρώστου περισσότερο πολύπλοκη, αλλά και αποτελεσματική. από την προεγχειρητική περίοδο μέχρι και την πλήρη αποκατάστασή του.(Αθανάτου, 2004).

Προεγχειρητική αγωγή είναι το σύνολο των ιατρικών και νοσηλευτικών ενεργειών με τις οποίες ο άρρωστος προετοιμάζεται για εγχείρηση. Προκειμένου να γίνει μια εγχείρηση είναι απαραίτητες οι κάτωθι εξετάσεις.

Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις πριν την εγχείρηση:

- Γενική ούρων
- Ακτινογραφία θώρακα
- Ανάλυση του αίματος για
- Γενική αίματος
- Αιμοσφαιρίνη
- Ταχύτητα καθίζησης
- Σάκχαρο
- Ουρία

Το είδος της εγχείρησης και η κατάσταση του ασθενή ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών(Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 2002.)

Ετοιμασία αρρώστου για μεταμόσχευση δέρματος

- α) Δέρμα υγιές για μεταμόσχευση δέρματος.
- β) Χορήγηση επαρκών πρωτεϊνών, βιταμινών και υγρών.
- γ) Αντιβίωση.

δ) Εφαρμογή υγρών περιτυλίξεων για διευκόλυνση απομάκρυνσης των νεκρωμένων ιστών και ελάττωσης του οιδήματος του κοκκιώδους ιστού.

ε) Χλιαρά μπάνια με φυσιολογικό διάλυμα NaCl. Πλύση της εγκαυματικής επιφάνειας με ήπιους χειρισμούς. Η νοσηλεύτρια φορά ρόμπα, σκούφο, μάσκα και αποστειρωμένα γάντια.

στ) Εξήγηση της επέμβασης στον άρρωστο από τον γιατρό-απάντηση τυχόν ερωτήσεων από τον-την νοσηλεύτρια στον ασθενή.

ζ) Σχολαστικός καθαρισμός της δότριας περιοχής,(Τσούτσος , Οικονόμου, 2005.)

6.2 Χειρουργικές μέθοδοι

6.2.1 ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ

Τα εγκαύματα που είναι κρίσιμα απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση, καθώς και τα περισσότερα εγκαύματα προσώπου, χεριού και πέλματος. Κατά τη χειρουργική αντιμετώπιση το καμμένο δέρμα αφαιρείται σε τέτοιο βάθος μέχρι το υποκείμενο δέρμα ή ιστός να ματώσει, δηλ. να βρεθεί υγιές υπόστρωμα. Τα δερματικά μοσχεύματα αποτελούνται από την επιδερμίδα και ένα τμήμα από ή όλο το χόριο. Ονομάζονται:

- αυτομοσχεύματα .όταν προέρχονται απο το ίδιο σώμα
- αλλομοσχεύματα ,όταν προέρχονται απο άλλο άτομο
- ισομοσχεύματα ,όταν προέρχονται απο μονογενή δίδυμο
- ξενομοσχεύματα ,όταν προέρχονται απο ζώο(χοίρειο)

Εφόσον το έγκαυμα είναι εν το βάθει,μερικού πάχους ή ολικού πάχους θα πρέπει να επικαλυφθεί με δερματικό μόσχευμα. Τα μοσχεύματα είναι δερματικά αυτομοσχεύματα. δηλ λαμβάνονται απο το ίδιο το άτομο, διότι ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί για ανοσοβιολογικούς λόγους να ανεχθεί για μόνιμη επικάλυψη άλλο ασύμβατο ιστό όπως είναι δέρμα από άλλο άνθρωπο (αλλομοσχεύματα ή ομοιομοσχεύματα) ή από ζώα (ξενομοσχεύματα).

Μέχρις ότου επικαλυφθούν οι εγκαυματικές επιφάνειες με δερματικά

αυτομοσχεύματα, αυτές μπορεί να καλυφθούν προσωρινά, α) με ξενομοσχεύματα (δερματικά μοσχεύματα από ξένο προς τον άνθρωπο ζωικό είδος, συνήθως χοίρεια) β) με ομοιομοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα και γ) διάφορες συνθετικές μεμβράνες. Με την προσωρινή βιολογική επικάλυψη των εγκαυμάτων μειώνονται οι απώλειες θερμότητας, η πιθανότητα μόλυνσης, ανακουφίζεται ο εγκαυματίας από τον πόνο. Τέλος δίνεται ο χρόνος να σχηματισθεί υγιής κοκκιώδης ιστός πάνω στον οποίο θα "πιάσει" πιο εύκολα το δερματικό αυτομόσχευμα. Το δερματικό μόσχευμα μπορεί να τοποθετηθεί είτε με τη μορφή της ενιαίας λωρίδας δέρματος είτε με την μορφή δικτυωτού μοσχεύματος.

Υπάρχουν δύο στρατηγικές για την χειρουργική αντιμετώπιση των εγκαυμάτων όσον αφορά τον χρόνο της επέμβασης. Η θεραπεία που είναι περισσότερο επιθετική είναι αυτή της πρώιμης εκτομής των νεκρωμάτων και της επικάλυψης με δερματικά αυτομοσχεύματα, που γίνεται συνήθως μέσα στις πρώτες 3-4 ημέρες. Η εγχείρηση γίνεται αφού σταθεροποιηθεί η γενική κατάσταση του εγκαυματία. Η πρώιμος εσχαροτομή μπορεί να γίνει με διαδοχικές εκτομές του νεκρώματος με τη βοήθεια χειροκίνητου δερμοτόμου ή με μαχαιρίδιο μέχρις ότου φθάσουμε σε υγιή ιστό που αιμορραγεί αι πάνω στον οποίο τοποθετείται το δερματικό αυτομόσχευμα.

Η πρώιμος εκτομή των νεκρωμάτων μπορεί να γίνει και σε βαθύτερο επίπεδο, οπότε έχουμε την περιτονιακή εκτομή. Σε αυτή την περίπτωση, εκτέμνεται το νέκρωμα μαζί με το υποκείμενο υποδόριο λίπος είτε με μαχαιρίδιο είτε με διαθερμία μέχρι την απονεύρωση των μυών. Στη συνέχεια τοποθετείται πάνω στην απονεύρωση το δερματικό αυτομόσχευμα. Αυτή η τεχνική έχει συνήθως ένδειξη σε εγκαύματα των κάτω άκρων καθώς και σε απανθράκωση. Η εκτομή μπορεί να γίνει με ίσχυρη περίδεση για να περιορισθεί η απώλεια αίματος. Τα πλεονεκτήματα της πρώιμης εκτομής των νεκρωμάτων είναι, α) βράχυνση του χρόνου νοσηλείας β) μείωση του αριθμού των επεμβάσεων αποκατάστασης, αφού σπάνια αναπτύσσονται μετευγκαυματικές ουλές, γ) βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης, αφού μειώνεται ο κίνδυνος σήψης με την έγκαιρη απομάκρυνση των νεκρωμάτων. Η επιθετική αυτή χειρουργική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε παιδιά και σε άτομα νεαρής ηλικίας. Μειονεκτημά της είναι η απώλεια αίματος κατά την εκτομή των νεκρωμάτων.

Η δεύτερη στρατηγική χειρουργικής θεραπείας των εγκαυμάτων είναι αυτή της

αναμονής, όπου αποχωρίζεται προοδευτικά η νεκρωτική εσχάρα μετά απο 4-6 εβδομάδες. Τα μειωνεκτήματα της συντηρητικής αυτής αγωγής είναι. α) παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας β)πόνος στις αλλαγές γ)κίνδυνος επιμόλυνσης των ανοικτών εγκαυμάτων.(Κόνωνας, 2006)

6.2.2 ΕΣΧΑΡΟΤΟΜΕΣ

Η εσχάρα είναι ο σχηματισμός των αποξηραμένων εγκαυματικών εκκρίσεων και των κατεστραμμένων ιστών, πάνω στο εγκαυματικό τραύμα. Μια από τις κύριες ιδιότητες του ανθρώπινου δέρματος είναι η μεγάλη ελαστικότητα γι' αυτό και με μικρή δύναμη μπορεί να διογκωθεί αρκετά.(Κολοβρεντή , 1994.)

Εσχαρεκτομή είναι η αφαίρεση των εσχάρων στα ολικού πάχους εγκαύματα. Πρώιμη εσχαρεκτομή γίνεται τις πρώτες 3-4 ημέρες όπου ο άρρωστος αποκαθιστάται αιμοδυναμικά και τα εγκαύματα θεωρούνται σχετικά άσηπτα. Όψιμη γίνεται μετά την 15η ημέρα και σχετίζεται με την αφαίρεση όλων των νεκρωμένων ιστών. Οι εγκαυματικές επιφάνειες καλύπτονται με βιολογικούς επιδέσμους. Σκοπός τους είναι η προσωρινή επικάλυψη του τραύματος, μέχρι να δημιουργηθούν προυποθέσεις που θα επιτρέπουν τη μεταμόσχευση δέρματος. Βιολογικοί επίδεσμοι είναι ξενομοσχεύματα (χοίρεια, βοοειδή ή ανθρώπινα ομοιομοσχεύματα). Σήμερα υπάρχουν συνθετικά υποκατάστατα δέρματος που εκπληρώνουν τις ιδιότητες των επιδέσμων, τα οποία συνεχώς βελτιώνονται.(Αθανάτου, 2000)

Οι εσχαροτομές συνήθως δε γίνονται στα τεπ,μπορεί όμως να είναι απαραίτητες στον ασθενή με βαρία εγκαυμάτα πριν την εισγωγή στο νοσοκομείο ή την διακομιδή του.Οι εσχαρεκτομές μπορούν να γίνουν σε περιμετρικά εγκαύματα ολικού πάχους στο θώρακα,που παρεμποδίζουν μηχανικά τις αναπνευστικές κινήσεις.Επίσης σε περιμετρικά ή ηλεκτρικά εγκαύματα των άκρων,που προκαλούν αδυναμία στην κίνηση καθώς και ελάτωση των περιφερικών σφύξεων.(Proehl,1999)

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου οι εσχαροτομές αντενδείκνεται,γιατί μπορεί να προκαλέσουν απώλεια αίματος σε ασθενή που έχει προδιάθεση για

υπογκαιμικό shock,ή διαταραχές της πήκτικότητας.Επίσης τα ανοικτά τραύματα προδιαθέτουν σε λοίμωξη και σήψη.Επιπλέον αν οι επεμβάσεις αυτές γίνουν λανθασμένα μπορεί να προκληθεί βλάβη των υποκείμενων ιστών ή οι λάθος τομές να προκαλέσουν βλάβες των νευρών.Τέλος συνιστάται ένθερμα η αποφυγή της χορήγησης προφυλακτικής αντιβίωσης για να προληφθεί η ανάπτυξη ανθεκτικών μικροοργανισμών..(Proehl, 1999)

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αφαιρούνται όλα τα ενδύματα και τα κοσμήματα,χορηγούνται αναλγητικά και κατασταλτικά και ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση,εκτός και αν αυτό αντενδείκνυται.Τοποθετούνται τα αποστειρωμένα πεδία στα σημεία που χρειάζεται και στη συνέχεια γίνεται η τοπική αναισθησία και η τομή στις θέσεις που ενδείκνυται.Τα σύνηθη σημεία είναι ο θώρακας,ο τράχηλος,τα χέρια και τα πόδια.Εν συνεχεία γίνεται επενεκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας,του αιματοκρίτη και χορηγείται αίμα αν χρειαστεί,εφαρμόζεται τοπική πίεση,διαθερμία στις περιοχές που αιμορραγούν.Τέλος τα προσβεβλημένα άκρα διατηρούνται ανυψωμένα και παρακολουθούνται οι σφύξεις.Ο νοσηλευτής σε αυτή τη περίοδο προσέχει τον ασθενη,γιατι είναι δυνατο να υπάρξουν επιπλοκές όπως,σήψη,διαπύηση του τραύματος,απώλεια αίματος,βλαβη νεύρων ή αγγείων.(Proehl, 1999)

6.2.3 ΚΑΛΛΙΕΡΓΗΜΕΝΑ ΚΕΡΑΤΙΝΟΚΥΤΤΑΡΑ

Οι ερευνητές σε μία προσπάθεια επίλυσης του προβλήματος των περιορισμένων δοτριών περιοχών σε εκτεταμένα εγκαύματα, καλλιεργούν κύτταρα επιδερμίδας(κερατινοκύτταρα) στο εργαστήριο που τα λαμβάνουν απο βιοψίες δέρματος του εγκαυματία.Τα κερατινοκύτταρα αφού πολλαπλασιαστούν σε ικανοποιητικό βαθμό σε τριβλία,τα οποία περιέχουν θρεπτικά συστατικά και διάφορους παράγοντες που διεγείρουν τον πολλαπλασιασμό τους,τοποθετούνται εκ νέου με τη μορφή μοσχεύματων για αποκατάσταση του απολεσθέντος δέρματος.Παρά τις αλληλοσυγκρούμενες απόψεις,η τεχνική αυτή έχει αποδειχθεί σωτήρια για τη ζωή του εγκαυματία με λίαν εκτεταμένα εγκαύματα.Οι καλλιέργειες

των κερατινοκκυτάρων δεν έχουν ακόμη τύχει ευρείας εφαρμογής, διότι απαιτείται υψηλή εξειδίκευση, οργάνωση εργαστηρίου και επίσης θεωρείται πολυδάπανη και χρονοβόρος τεχνική. Τελικά μετά την επίλυση όλων των προβλημάτων αυτή η τεχνική στο μέλλον θα αποτελέσει το μοναδικό τρόπο επικάλυψης των εγκαυματικών επιφανειών. (Κόνωνας, 2006)

6.2.4 ΚΡΗΜΝΟΙ

Όταν μετά την απομάκρυνση των εγκαυματικών εσχάρων αποκαλυφθούν τένοντες, οστά ή χόνδροι, η κάλυψη των εγκαυματικών επιφανειών δεν μπορεί να γίνει με δερματικά μοσχεύματα, οπότε γίνεται με κρημνούς. Κρημνός ονομάζεται κινητό τμήμα ιστών που μπορεί να μετατοπιστεί από μία περιοχή του σώματος σε μία άλλη και αιματώνεται από αγγεία που υπάρχουν στο σχηματιζόμενο μίσχο. (Καραντζά, 2006,)

6.3 Μετεγχειρητική φροντίδα και αγωγή.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που σκοπό έχει:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Την διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων
- Τη βοήθεια να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του..(Αθανάτου, 2000)

Η μετεγχειρητική φροντίδα εστιάζεται στην δότρια περιοχή και στην περιοχή

όπου γίνεται η πλαστική. Έτσι η δότρια περιοχή θεραπεύεται με ανοιχτή ή κλειστή μέθοδο ανάλογα με την ηλικία του αρρώστου και την επούλωση της (σε μικρά παιδιά κλειστή). Με την νύψωση του μέρους του σώματος που περιέχει την δότρια περιοχή για αποφυγή παθητικής συμφόρησης και μείωσης του οιδήματος. Συχνή είναι η χρησιμοποίηση πιεστικού επιδέσμου για την μείωση συμφόρησης και οιδήματος καθώς και η χρησιμοποίηση παγοκύστεων για την μείωση της αιμορραγίας.

Στην περιοχή της πλαστικής προσέχουμε για τυχόν ύπαρξη πόνου που μπορεί να δείχνει σχηματισμό αιματώματος, αύξηση της θερμοκρασίας η οποία αναφέρεται αμέσως. Επίσης φροντίζουμε να μείνει ακινητοποιημένο το μόσχευμα για ανάπτυξη τριχοειδικής κυκλοφορίας και την περιοχή της πλαστικής για σημεία κακής κυκλοφορίας. Αν η πλαστική έγινε στο πρόσωπο ο άρρωστος δεν πρέπει να μιλάει. Όταν κάνουμε τις αλλαγές τηρούμε αυστηρή άσηπτη τεχνική και τέλος δίνουμε οδηγίες στον άρρωστο για το πώς να διατηρεί υγρή την περιοχή με τη χρήση λοσιόν. (Τσιλιμπότη, 2004)

6.4 Οι μετεγκαυματικές ουλές και η θεραπεία τους.

Εκτός από τα πρόσφατα εγκαύματα συχνά έχουμε να αντιμετωπίσουμε και τις απώτερες συνέπειες των επουλωθέντων εγκαυμάτων, που είναι η ανάπτυξη μετεγκαυματικών ουλών. Οι ουλές δημιουργούνται όταν ένα έγκαυμα ολικού πάχους ή βαθύ μερικού πάχους αφεθεί να επουλωθεί κατά δεύτερο σκοπό χωρίς να επικαλυφθεί με δερματικό αυτομόσχευμα. Μάλιστα όσο πιο γρήγορα γίνεται η αυτομεταμόσχευση δέρματος, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ανάπτυξη μετεγκαυματικών ουλών.

Οι μετεγκαυματικές ουλές δημιουργούνται κυρίως σε περιοχές που παρουσιάζουν μεγάλη κινητικότητα π.χ. επιφάνειες χεριών, μασχάλες, αγκώνες, τράχηλος, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ανάπτυξη τους σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος ή του προσώπου. Οι μετεγκαυματικές ουλές είναι δυνατό να προκαλέσουν σοβαρά λειτουργικά προβλήματα όπως α) παρεμπόδιση μίας ή περισσότερων αρθρώσεων, που ενδέχεται να καταλήξει σε σοβαρή αναπηρία β) κίνδυνο σε ζωτικά ανατομικά στοιχεία π.χ. εκτρόπιο που μπορεί να καταλήξει σε

κερατίτιδα και τύφλωση γ) πρόκληση στον άρρωστο δυσάρεστων καταστάσεων π.χ. σιελόρροια από εκστροφή του κάτω χείλους σε εκτεταμένη ουλή τραχήλου δ) εκδήλωση διαφόρων ψυχολογικών καταστάσεων λόγω εμφανούς δυσμορφίας.

Χειρουργική θεραπεία ουλών

Αν η ουλή είναι απλωμένη σε μεγάλη έκταση, προτιμάται η εκτομή του ουλώδους ιστού και η επικάλυψη του ελλείματος που προκύπτει με δερματικό αυτομόσχευμα, κατά προτίμηση ολικού πάχους ή παχύ μερικού πάχους. Ο καταλληλότερος χρόνος για χειρουργική επέμβαση, είναι τουλάχιστον 8-12 μήνες μετά το έγκαυμα, οπότε αναμένεται και η ωρίμανση της ουλής. Τα χαρακτηριστικά της ώριμης ουλής είναι το μαλάκωμα και η υποχώρηση της ερυθρότητας της ουλής καθώς και η μείωση του μεγέθους της. Το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα μπορεί πολλές φορές να κρίνεται ικανοποιητικό από λειτουργικής άποψης, ενώ το αποτέλεσμα από αισθητικής πλευράς είναι συχνά απογοητευτικό για τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Πάντως ο χρόνος είναι ο καλύτερος θεραπευτής και οι ουλές βελτιώνονται σημαντικά με την πάροδο πολλών μηνών ή ακόμα και χρόνων. (Κόνωνας, 2006)

6.5 Νέες μέθοδοι στην χειρουργική αντιμετώπιση των εγκαυμάτων.

ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΕΞΑΦΑΝΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΟΥΛΕΣ

Τα εγκαύματα και η θεραπεία τους είναι ένας από τους κύριους ερευνητικούς στόχους των επιστημόνων του τομέα της επανορθωτικής χειρουργικής. Οι ουλές από εγκαύματα είναι οι σοβαρότερες που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας ειδικός. Και αυτό διότι συνδέονται με σοβαρές μολύνσεις και φλεγμονές, κάτι που έχει αποτέλεσμα τη δημιουργία πολύ δύσκολα αντιμετωπίσιμου ουλώδους ιστού.

Το 2001 μια επιστημονική ανακάλυψη έφερε στο φως τον «ανεκτίμητο θησαυρό» που κρύβει μέσα του ο λιπώδης ιστός. Ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας στο Λος Άντζελες ανακάλυψαν ότι το ανθρώπινο λίπος περιέχει μεγάλα αποθέματα ενήλικων βλαστικών κυττάρων - η παρατήρηση αυτή κατέστη δυνατή

έπειτα από μελέτη σε λιπώδη ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη διάρκεια επεμβάσεων λιποαναρρόφησης. Συγκεκριμένα οι επιστήμονες είδαν ότι από 240 γραμμάρια λίπους είναι δυνατόν να απομονωθούν ως και 100 εκατομμύρια βλαστικά κύτταρα. Οπως έγραφαν τότε στο επιστημονικό έντυπο «Tissue Engineering», «το λίπος αποτελεί ιδανική πηγή βλαστικών κυττάρων. Υπάρχει άφθονο, η λήψη του είναι εύκολη και φθηνή, ενώ από την αφαίρεσή του προκύπτουν και αισθητικά οφέλη».

Τα χρόνια που ακολούθησαν πολλοί ειδικοί ασχολήθηκαν και συνεχίζουν να ασχολούνται με τα προερχόμενα από τον λιπώδη ιστό βλαστικά κύτταρα με δεδομένη τη μεγάλη δυναμική που φάνηκε ότι διαθέτουν. Σε έρευνα του Πανεπιστημίου του Μιλάνου οι ερευνητές ανέπτυξαν μια επαναστατική μέθοδο για την απαλλαγή ακόμα και από τις δυσκολότερες ουλές χάρη σε βλαστικά κύτταρα προερχόμενα από το λίπος του ασθενούς.

Λίγοι όμως ειδικοί επιστήμονες γνωρίζουν πολύ καλά ότι το λίπος από το οποίο όλοι θέλουμε να απαλλαγούμε αποτελεί έναν «θησαυρό», μια πλούσια πηγή βλαστικών κυττάρων, των πολυδύναμων αυτών κυττάρων του οργανισμού που έχουν την ικανότητα να διαφοροποιούνται σε πολλούς ιστούς του. Το... παρεξηγημένο λίπος του οργανισμού «εκμεταλλεύτηκαν» ειδικοί προκειμένου να κλείσουν τις πληγές στο πρόσωπο ατόμων με ουλές από σοβαρά εγκαύματα. Και όπως είδαν, ο λιπώδης ιστός της κοιλιάς των ίδιων των ασθενών αποτέλεσε το βασικό «εργαλείο» που τους χάρισε ένα νέο πρόσωπο και μαζί με αυτό μια καινούργια ζωή. Σύμφωνα με τον επικεφαλής της ομάδας έρευνας, Μάρκο Κλίνγκερ, τα εντυπωσιακά ευρήματά της, τα οποία θα αναφερθούν παρακάτω, δεν βασίζονται στα... παχιά λόγια αλλά στα αποτελεσματικά έργα.

Για πρώτη φορά επιστήμονες επιτυγχάνουν να χρησιμοποιήσουν τα συγκεκριμένα κύτταρα για να «σβήσουν» με επιτυχία τα βαθιά σημάδια στα πρόσωπα ατόμων με σοβαρά εγκαύματα και των υπερτροφικών ουλών τους. Οι υπερτροφικές ουλές είναι παχιές ουλές που υψώνονται πάνω από την επιφάνεια του δέρματος και οι οποίες δεν είναι μόνο αντιαισθητικές αλλά συγχρόνως μπορούν να αποτελούν πηγή πόνου για τον ασθενή και να του περιορίζουν την κίνηση. Έτσι, οι ειδικοί από το Μιλάνο αφαίρεσαν λίπος από την περιοχή της κοιλιακής χώρας των ασθενών - περιοχή όπου ανευρίσκεται σε αφθονία λιπώδης ιστός. Στη συνέχεια ο ιστός υποβλήθηκε σε φυγοκέντριση προκειμένου να αφαιρεθούν από αυτόν όσα δεν

χρειάζονταν οι ερευνητές (τριγλυκερίδια, πλάσμα). Ελήφθη τελικώς ένα «τζελ», πλούσιο σε ενήλικα βλαστικά κύτταρα, το οποίο και εγχύθηκε στις «πληγείσες περιοχές». Συγκεκριμένα, με χρήση μιας πολύ λεπτής χειρουργικής σύριγγας το υλικό εγχύθηκε καθ' όλο το μήκος των ουλών, στο επίπεδο όπου το δέρμα «συναντά» το υπόδερμα.

Οι μέχρι πρότινος νεκρές ζώνες των προσώπων των ασθενών - περιοχές όπου είχε πλέον σταματήσει η τριχοφυΐα ενώ συγχρόνως δεν εμφάνιζαν καμία κινητικότητα - «αναγεννήθηκαν». Και αυτή η αναγέννηση άρχισε να διαφαίνεται έπειτα από πάροδο μόλις δύο εβδομάδων από την παρέμβαση - τόσο διά γυμνού οφθαλμού όσο και μέσω των ιστολογικών εξετάσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίστηκαν ξανά γένια στο πρόσωπο των ανδρών, ακόμη και η ακμή που είχε χαθεί μετά το ατύχημα. Το σημαντικότερο όλων ήταν ότι παρουσιάστηκε και πάλι η χαμένη έκφραση, ενώ και η συνολική εικόνα του δέρματος δεν έμοιαζε σε τίποτε με εκείνη που έδειχνε ο καθρέφτης λίγο καιρό πριν. *Οι ασθενείς ανέφεραν ότι για πρώτη φορά μετά το ατύχημά τους μπορούσαν να κυκλοφορούν ελεύθερα στον δρόμο χωρίς να τους ρωτούν τι έχει συμβεί στο πρόσωπό τους. Οι περιοχές που εμφάνιζαν βλάβη, τα σημεία των ουλών έγιναν μετά την έγχυση μαλακά, αλλάζοντας συνολικά την εικόνα του προσώπου των ασθενών.* Σε ορισμένες περιπτώσεις η έγχυση επαναλήφθηκε ορισμένους μήνες αργότερα για καλύτερα αποτελέσματα. Και αυτό γιατί κάθε περίπτωση ασθενούς - όπως συμβαίνει με όλες τις νόσους - είναι εξειδικευμένη. Κάποιοι ασθενείς διαθέτουν περισσότερα βλαστικά κύτταρα σε σύγκριση με άλλους εντός της ίδιας ποσότητας ενδοκοιλιακού λίπους. Αντιστοίχως σε κάποιους ασθενείς η θεραπεία θα έχει θεαματικότερα αποτελέσματα συγκριτικά με κάποιους άλλους. *Το σίγουρο είναι πάντως ότι αναμένεται να είναι αποτελεσματική σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στο σύνολο των περιπτώσεων.*

Ήδη η πρόοδος της ιατρικής σε ό,τι αφορά τη θεραπεία των εγκαυμάτων, με χρήση μεθόδων όπως η καλλιέργεια δέρματος ή η κάλυψη των περιοχών που έχουν πληγεί με μοσχεύματα, έχει επιτρέψει σε πολλούς ασθενείς να επιβιώσουν, κάτι που δεν συνέβαινε παλαιότερα. Ωστόσο οι ουλές που αφήνουν στο δέρμα τα εγκαύματα συνεχίζουν να αποτελούν "πονοκέφαλο" για τους ειδικούς. Πρόκειται για ένα πρόβλημα με μεγάλη ψυχολογική, κοινωνική αλλά και οικονομική επίπτωση τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις κοινωνίες. Για τον λόγο αυτόν είναι υψίστης σημασίας να ανευρεθεί τρόπος αντιμετώπισής τους.

Η νέα μελέτη αποτελεί μια σημαντική ανακάλυψη και ανοίγει τον δρόμο για εξελίξεις στον τομέα της αντιμετώπισης των εγκαυμάτων. Πάνω από όλα όμως, αποδεικνύει ότι ο ίδιος ο οργανισμός μας διαθέτει εντός του τα «εργαλεία» για την «αυτοεπιδιόρθωσή» του. Αρκεί, ως φαίνεται, οι ειδικοί να γίνουν καλοί... μηχανικοί, που θα εντοπίσουν και θα χρησιμοποιήσουν τα κατάλληλα «βιοεργαλεία»... (Τσώλη, 2006)

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΜΒΡΥΪΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με ελβετική μελέτη, κρημνοί ιστών από εμβρυϊκά κύτταρα δέρματος χρησιμοποιήθηκαν επιτυχώς για να αντιμετωπιστούν εγκαύματα δευτέρου και τρίτου βαθμού χωρίς ουλές σε παιδιατρικούς ασθενείς. Η χρήση εμβρυϊκών κυττάρων στην επούλωση πληγών μπορεί να αποφύγει δυσκολίες όπως η ανοσοαπόρριψη, η μικρή αναπτυξιακή ικανότητα και η ασυμβατότητα.

Επίσης, ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Λοζάννης χρησιμοποίησε ένα τμήμα δέρματος διαμέτρου τεσσάρων τετραγωνικών εκατοστών από άρρεν έμβρυο που είχε αποβληθεί την 14η εβδομάδα της κύησης. Τα δερματικά κύτταρα πολλαπλασιάστηκαν μετά από καλλιέργεια και χρησιμοποιήθηκαν για να «μπολιάσουν» στρώματα κολλαγόνου και στη συνέχεια τα καλλιέργησαν για δυο επιπλέον ημέρες πριν αυτά εφαρμοστούν στα εγκαύματα. Οι κρημνοί ιστών εφαρμόστηκαν σε οκτώ παιδιά που θεωρούνταν κατάλληλοι υποψήφιοι για τη συνήθη μεταμόσχευση δέρματος, κατά προσέγγιση δέκα ημέρες μετά το έγκαυμα. Καθώς οι κρημνοί βιο-υποδιασπώνταν, αντικαθιστούνταν κάθε τρεις με τέσσερις ημέρες. Τα κύτταρα αυτά διέγειραν αυθορμήτως την επούλωση της πληγής μέσω της έκκρισης πολλαπλών αυξητικών παραγόντων. Ο μέσος χρόνος επούλωσης ήταν 15,3 ημέρες μετά την πρώτη κυτταρική εφαρμογή.

Το κοσμετολογικό και λειτουργικό αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικό και στα οκτώ παιδιά που είχαν μικρή αποικοδόμηση του νέου δέρματος χωρίς σύσπαση ή αποσύνθεση του επουλωμένου δέρματος. Ακόμα όπως επισημαίνουν οι επιστήμονες, ένας ασθενής με σκουρόχρωμο δέρμα παρουσίασε ανάκτηση της

δερματικής μελάγχρωσης. Εκτιμούν μάλιστα, ότι μια μόνο δωρεά εμβρυϊκού δέρματος μπορεί να αποφέρει αρκετά εκατομμύρια δερματικών κρημνών. Και καταλήγουν ότι μια πολύ μικρή βιοψία, μας δίνει τη δυνατότητα να θεραπεύσουμε χιλιάδες ανθρώπους. Μάλιστα μπορούμε να συλλέξουμε δερματικά κύτταρα από αποβολές εμβρύων δευτέρου τριμήνου.

Όμως, υπάρχουν αντιδράσεις αφού για τη λήψη τους απαιτείται καταστροφή ανθρώπινων εμβρύων κάτι που είναι αντίρροπο με την ηθική υπόσταση των βλαστικών κυττάρων. Βέβαια, τα ενήλικα βλαστικά κύτταρα δεν διαθέτουν τόσο μεγάλη «ευελιξία» όσο τα εμβρυϊκά παρά ταύτα μπορούν να δώσουν λύση σε σοβαρά προβλήματα. (www.disabled.gr.)

ΤΕΧΝΗΤΟ ΔΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΛΗΓΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.

Σήμερα, η καλύτερη πρακτική για την αντιμετώπιση των σοβαρών εγκαυμάτων και των μεγάλων πληγών είναι η λήψη και η μεταμόσχευση δέρματος από κάποιο διαφορετικό σημείο από το σώμα των ασθενών. Όμως, πρόκειται για μια επίπονη διαδικασία που δημιουργεί μια νέα πληγή, λόγος για τον οποίο στο παρελθόν έχουν γίνει προσπάθειες για τη δημιουργία κάποιας μορφής τεχνητού δέρματος. Μια βρετανική εταιρεία βιοτεχνολογίας ανακοίνωσε ότι κατάφερε να δημιουργήσει τεχνητό δέρμα για τη θεραπεία πληγών και εγκαυμάτων, το οποίο δίνει ελπιδοφόρα αποτελέσματα στις πρώτες κλινικές δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν. Οι επιστήμονες δήλωσαν ότι το επίτευγμα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια σημαντική ανακάλυψη στον τομέα της αναπαραγωγικής ιατρικής

Το τεχνητό δέρμα αναπτύχθηκε σε εργαστήριο της εταιρείας Intercytex που ειδικεύεται στη θεραπεία κυττάρων. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το τεχνητό δέρμα φαίνεται να ενσωματώνεται πολύ καλύτερα με τους πραγματικούς ιστούς σε σχέση με οποιαδήποτε άλλα υποκατάστατα δερμάτων που έχουν δοκιμαστεί στο παρελθόν. Τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμών δημοσιεύθηκαν και σύμφωνα με αυτά, το τεχνητό δέρμα της ενσωματώθηκε πλήρως έπειτα από 28 ημέρες. Το τεχνητό δέρμα παράγεται από το πήκτωμα φιβρίνης, μιας πρωτεΐνης που προκαλεί θρόμβους στο αίμα και ινοβλάστες, δηλαδή, τα κύτταρα που παράγουν το κολλαγόνο, την ουσία

που είναι κατ'εξοχήν υπεύθυνη για τη σφριγηλότητα και νεανικότητα του δέρματος. Το τεχνητό δέρμα μπορεί να κοπεί σε λωρίδες, προκειμένου να εγκατασταθεί στην πληγή. Επιπλέον, μετά από την τοποθέτησή του για την αποκατάσταση των πληγών ή των εγκαυμάτων υπάρχει μια ελάχιστη διαφορά μεταξύ του παλαιού και του νέου δέρματος, η οποία είναι ορατή μόνο με μικροσκόπιο.

Αυτό το ιδιαίτερο, προϊόν συμπεριφέρεται όπως το δέρμα των ασθενών. Φαίνεται να διεγείρει πολύ λιγότερες αντιδράσεις από τα άλλα υλικά που χρησιμοποιούν προς το παρόν. Εάν αυτό επιβεβαιωθεί και στις μεγαλύτερες κλινικές δοκιμές θα το χρησιμοποιήσουν και σε ασθενείς. Αυτό το σύστημα αντικατάστασης του δέρματος έχει την ικανότητα να μειώνει εντυπωσιακά τα σημάδια και βοηθάει στη θεραπεία χρόνιων πληγών στους ηλικιωμένους ασθενείς προσφέροντάς τους μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Πλέον, προγραμματίζεται η εξέταση της αποτελεσματικότητας του τεχνητού δέρματος σε μεγάλες πληγές και μεγάλης κλίμακας κλινικές δοκιμές, ώστε η εταιρεία να λάβει άδεια, προκειμένου να κυκλοφορήσει το προϊόν στην αγορά. (Σαράντης, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ

ΤΟΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ

7.1 Ψυχολογική υποστήριξη.

Αρκετές μελέτες ασχολήθηκαν με το πως ένα προϋπάρχον πρόβλημα με ψυχολογικό υπόβαθρο μπορεί να επηρεάσει την ομαλή αποθεραπεία του εγκαυματία. Στις περιπτώσεις των ατυχημάτων δεν υπάρχει εμφανείς συσχέτιση με κάποια ψυχιατρική πάθηση, όμως αυτή συνήθως εμφανίζεται, εκδηλώνεται κλινικά αμέσως μετά το ατύχημα. Για το λόγο αυτό επιβάλλεται αμέσως μετά το ατύχημα και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας η σχεδόν επί μονίμου βάσεως ψυχιατρική προσέγγιση, παρακολούθηση και υποστήριξη του εγκαυματία. Διάφορες ψυχιατρικές δυσλειτουργίες μπορεί να εμφανισθούν ως απότοκα ενός εγκαύματος: κακή διάθεση, άγχος, αγωνία, φοβίες, σύνδρομο πόνου, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, καχυποψία, απομονωτισμός, οξυθυμία, επιθετικότητα (λεκτική ή σωματική κατάθλιψη, ψυχώσεις, τάσεις αυτοκτονίας απώλεια αυτοπεποίθησης, καθώς το έγκαυμα συμβαίνει κάτω από δραματικές συνθήκες όπου βιώνονται πόνος και φόβος. Οι ψυχιατρικές διαταραχές εμφανίζονται σε οποιαδήποτε φάση της νοσηλείας ,ως πρώιμη ή όψιμη επιπλοκή. Η αρχική εξέταση, αμέσως μετά το ατύχημα και η παρακολούθηση βοηθούν τον ψυχίατρο να εκτιμήσει το επίπεδο συνείδησης, να διαγνώσει τυχόν οργανικές βλάβες, να καθορίσει την σχετική φαρμακευτική του αγωγή. (www.enet.gr, 2008)

Ο τραυματίας συχνά διατηρεί τις αισθήσεις του έτσι όπως είναι λογικό είναι αναμενόμενη και συχνή η εμφάνιση μετατραυματικού στρες που μπορεί να διαρκέσει έως τρεις μήνες αλλά και να μετεξελιχθεί σε χρόνια. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τα συναισθήματα ενός ατόμου με πολλαπλά εγκαύματα. (Κοτζαμπάσάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

A) Ο βαθμός και η θέση της προκληθείσας δυσμορφίας.

Μερικές μελέτες συσχέτισαν το βαθμό της ψυχολογικής αντίδρασης με τη σοβαρότητα του εγκαύματος. Ωστόσο άλλες κατέδειξαν μία έντονη σχέση όχι τόσο της σοβαρότητας του εγκαύματος όσο του βαθμού, της έκτασης και της θέσης της εγκαυματικής βλάβης, δηλαδή το κατά πόσο είναι ορατή. Αποδείχθηκε ότι το πρόβλημα είναι εντονότερο όταν η δυσμορφία είναι ορατή και μάλιστα εκτοπίζεται στο πρόσωπο ή τα χέρια. Η εικόνα μας είναι και η ταυτότητα μας που μας

εξατομικεύει στις διαπροσωπικές και κοινωνικές μας σχέσεις.

B) Η ηλικία, ο βαθμός ωριμότητας και η ιδιοσυγκρασία του εγκαυματία.

Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι πιο ευάλωτοι και αναπτύσσουν εντονότερα ψυχολογικά προβλήματα μετά από έναν τόσο επώδυνο και δραματικό τραυματισμό. Έχουν όλη τη ζωή μπροστά τους και θα πρέπει να ζήσουν με τα ψυχικά αλλά και τα σωματικά κατάλοιπα αυτής τους της εμπειρίας. Εκδηλώνουν άγχος, απομονωτισμό, έλλειψη πειθαρχίας, χαμηλότερες επιδόσεις στα μαθήματα τους, επιθετικότητα. Όλα αυτά γίνονται εντονότερα στην εφηβεία, μία περίοδο ούτως ή άλλως εσωτερικών αναζητήσεων, έντονων διεργασιών σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Η πρόγνωση για τους ενήλικες είναι καλύτερη καθώς έχουν στην πλειοψηφία τους την ωριμότητα να επανακτήσουν τη χαμένη ισορροπία τους και να αναπτύξουν εκείνους τους αμυντικούς μηχανισμούς που θα τους βοηθήσουν να ξεπεράσουν την τραυματική τους εμπειρία όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα. (Κοτζαμπάσάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Γ) Ικανότητα του ασθενούς να κινείται

και να εξασκεί ικανοποιητικά το προηγούμενο επάγγελμα του ανάλογα με:

τις εγκαυματικές βλάβες και τη φύση του επαγγέλματος. Η ενδεχόμενη απώλεια της προηγούμενης αυτονομίας και της οικονομικής ανεξαρτησίας επιβαρύνει τον ψυχισμό του εγκαυματία, τον γεμίζει άγχος, τύψεις, φόβο, αβεβαιότητα και τον οδηγεί στη μελαγχολία και την απομόνωση.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν χρήσιμα συμπεράσματα που βοηθούν στην απαραίτητη ύπαρξη ενός κλινικού ψυχολόγου ή ψυχιάτρου ο οποίος θα αξιολογήσει την κατάσταση του εγκαυματία και θα αναλάβει την ευθύνη της επιλογής της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής που μπορεί να περιλαμβάνει από φάρμακα έως ψυχοθεραπεία. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού που πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο, έμπειρο, ικανό και ψυχολογικά προετοιμασμένο. Είναι αναγκαίο να στελεχώνονται οι κλινικές που φιλοξενούν τους εγκαυματίες από άτομα με προσόντα, ψυχραιμία, ευγενικά και ιδιαίτερα έξυπνα ώστε να οικοδομήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης με τον εγκαυματία, να αφουγκραστούν τις ανάγκες του και να εντοπίσουν εγκαίρως τις ιδιαιτερότητες της ψυχοσύνθεσής του. Να δίνουν ευκαιρίες στον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του.

Τα αισθήματα θυμού μπορεί να προέρχονται από αίσθηση ενοχής, ίσως για πρόκληση της φωτιάς ή για την επιβίωσή του, όταν αγαπημένα του πρόσωπα χάθηκαν, ή ο θυμός του μπορεί να κατευθύνεται προς εκείνους που διέφυγαν χωρίς βλάβη ή ακόμα και προς εκείνους που του παρέχουν φροντίδα. (προϋπάρχουσες ή επίκτητες). (Κοτζαμπάσάκης, Μπαλτόπουλος, 2005).

7.2 Υποστήριξη από κοινωνικό λειτουργό.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, όταν η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας όρισε το χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως τη βασική βαθμίδα κάθε σύγχρονου συστήματος υπηρεσιών υγείας, συστήθηκαν θέσεις κοινωνικών λειτουργών και στους τρεις τομείς πρόληψης. Κυρίως όμως στην τριτογενή πρόληψη: για την πρόληψη επιπλοκών ή και αναπηρίας εξαιτίας της νόσου, με την αποκατάσταση κάθε βλάβης που δημιούργησε η νόσος καθ' αυτή και η κατάσταση της νόσησης.

Στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό. Ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται στο κοινωνικό χώρο με στόχο τη διατήρηση ή την επανάκτηση της κοινωνικής προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων. Ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που «κοιτά πίσω» προς τον ασθενή, όταν η ιατρική ομάδα έχει ολοκληρώσει την επίσκεψη στο θάλαμό του, για να διαπιστώσει πώς φαίνεται, πώς νιώθει, αν είναι λυπημένος, αναστατωμένος ή ανακουφισμένος. Επίσης είναι αυτός που παρέχει επείγουσα ψυχοκοινωνική φροντίδα και αναζητά λύσεις σε πρακτικά προβλήματα νοσηλευομένων ύστερα και από εγκαύματα. Αναλαμβάνει επίσης τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των ασθενών και τη φροντίδα για επανένταξη και αποκατάσταση ύστερα από μακρά νοσηλεία. Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει τη μακρά παρακολούθηση και την παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας.

Σε όλα τα πλαίσια υγείας ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίσει τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και την κοινωνική διάσταση κάθε προβλήματος υγείας, την ποικίλη και συγκαλυμμένη μορφή

του κάτω από σωματικά προβλήματα. Ακόμη βοηθά στην αναγνώριση και την αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων, και κυρίως του φόβου, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς (τα ενεργά συμπτώματά του). (Καλλινικάκη, 1998)

Η εγκαυματική νόσος είναι μια κοινωνική ασθένεια. Συνεπώς είναι απαραίτητη η απουσία των κοινωνικών λειτουργιών στην αντιμετώπιση της εγκαυματικής νόσου από τις πρώτες μετεγκαυματικές ώρες. Αυτοί θα αποτελέσουν τον κρίκο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς, οικογένειάς του και νοσοκομειακού προσωπικού και θα κληθούν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ίσως ευθύνονται για το ατύχημα.

Ακόμα και αν ο ασθενής που υπέστη ένα βαρύ έγκαυμα επιζήσει, η πιθανή σωματική αναπηρία, καθώς και η αλλοίωση της εικόνας του σώματος, είναι τόσο σοβαρές ώστε η υποστήριξη του εγκαυματία και του στενού του περιβάλλοντος, από ψυχοκοινωνικής πλευράς να είναι απαραίτητη συχνά «εφ' όρου ζωής» και να επιβάλλουν την αδιάλειπτη συνεργασία θεραπόντων ιατρών και κοινωνικού λειτουργού ως επιστημονικής ομάδας (ομάδα αποκατάστασης).

Μετά από τη συμπλήρωση των πληροφοριών και την ολοκλήρωση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, αρχίζει ο προβληματισμός πάνω στον τρόπο επιστροφής του εγκαυματία στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι πρώτες ώρες είναι σημαντικές και καθοριστικές για τη δημιουργία και την ανάπτυξη καλών σχέσεων ανάμεσα στον εγκαυματία και της ομάδας αποκατάστασης. Η ενημέρωση του προσωπικού και του κοινωνικού λειτουργού για τις συνθήκες υπό τις οποίες προκλήθηκε το ατύχημα θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπιση του κάθε εγκαυματία (π.χ. απόπειρα αυτοκτονίας, εργατικό ατύχημα κ.λ.π).

Η ανησυχία ως προς την εμφάνιση του σώματος, την επιστροφή στον επαγγελματικό χώρο και το πώς θα γίνει αποδεκτός από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον κυριολεκτικά αποδιοργανώνει τον ασθενή και το προσωπικό πρέπει να διαμορφώσει ανάλογα τη συμπεριφορά του. Οι πληροφορίες που παρέχονται στον εγκαυματία και τους συγγενείς του πρέπει να είναι ακριβείς από την αρχή, προς αποφυγή δημιουργίας ψεύτικων και μάταιων ελπίδων. Οι προσπάθειες προσέγγισης του εγκαυματία δεν πρέπει να ξεπερνούν τις αρχές της

δεοντολογίας. Σε πρώτη φάση, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εγκαυματίας ασθενής είναι:

- Προσωπικά
- Διαπροσωπικά
- Πρακτικά.

Για τη σωστότερη παρέμβασή του, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει γνώση: μορφωτικών προτύπων, κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών συστημάτων, διαταραχών συμπεριφοράς, ανάπτυξης προσωπικότητας, δυναμικής της οικογένειας, θεραπευτικών μεθοδολογιών, ομαδικών διαδικασιών, οργάνωσης κοινότητας και ερευνητικής μεθοδολογίας.

Οι φάσεις δραστηριότητας του κοινωνικού λειτουργού διακρίνονται σε:

- Ø Αρχική φάση στην εφημερία (κρίση).
- Ø Φάση της επαφής του εγκαυματία και των συγγενών του με τη μονάδα εγκαυμάτων («σύγκρουση»).
- Ø Μεσαία φάση όπου ο εγκαυματίας αντιλαμβάνεται την κατάσταση του, προσαρμόζεται τόσο στη νόσο του όσο και στο περιβάλλον της μονάδας εγκαυμάτων και του νοσοκομείου («προσαρμογή»).
- Ø Τελική φάση ή φάση της προετοιμασίας για την έξοδο από το νοσοκομείο.

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, ο κοινωνικός λειτουργός θα ενημερώσει τον εγκαυματία και την οικογένειά του για τη μετανοσοκομειακή φροντίδα και τις εναλλακτικές λύσεις καθώς και την εξεύρεση οικονομικών πόρων. Σε αυτή την φάση τα κυριότερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσει ο κοινωνικός λειτουργός είναι:

- Ø Οικονομικά
- Ø Διαπροσωπικών σχέσεων και
- Ø Απασχόλησης.

Η προσπάθεια του κοινωνικού λειτουργού εστιάζεται τώρα στην εξεύρεση οικονομικών πόρων, στη δυνατότητα επανατοποθέτησης του ασθενούς στην εργασία του ή σε άλλη εργασία ανάλογη των κινητικών δυνατοτήτων του. Πηγή σε αυτήν τη φάση αποτελούν τα κοινωνικοοικονομικά προγράμματα της χώρας και της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής. (Ηλιοπούλου, Βεζυράκης, Καστανάς, 1997)

7.3 Φυσιοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Η φυσικοθεραπεία ξεκινά στους νοσηλευόμενους το συντομότερο δυνατό και συνήθως στην οξεία φάση της πάθησης. Η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς, μπορεί να διακριθεί σε τρεις κύριες φάσεις, οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Στην πρώτη (οξεία) φάση, μέλημα του φυσικοθεραπευτή είναι η συντήρηση των λειτουργιών και των κινήσεων και γενικότερα η ενίσχυση της γενικής κατάστασης του εγκαυματία καθώς επίσης και η πρόληψη επιπλοκών. (Κομισόπουλος, 1996)

Η ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ

- Πρόληψη των κατακλίσεων
- Αναπνευστική φυσικοθεραπεία
- Διατήρηση μυϊκής μάζας και ισχύος
- Κινησιοθεραπεία
- Αλλαγή θέσεων κάθε 2 ώρες
- Λουτροθεραπεία

Στη δεύτερη φάση (αποκατάστασης),σκοπός είναι η αντιμετώπιση των τοπικών επιπλοκών και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κινητικότητας και λειτουργικότητας.

Η ΦΑΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Χρησιμοποίηση ναρθήκων ανάπαυσης
- Έγερση από το κρεβάτι με ταυτόχρονη πιεστική επίδεση των κάτω άκρων
- Εφαρμογή εντατικών προγραμμάτων κινησιοθεραπείας και εργασιοθεραπείας

Στην τρίτη φάση (αποθεραπείας-επανένταξης),σκοπός είναι η ολοκλήρωση της αποκατάστασης και η ομαλή επανένταξη του εγκαυματία στην οικογενειακή επαγγελματική και κοινωνική ζωή.

Η ΦΑΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ:

- Εκμάθησης του ασθενούς για σωστή τήρηση των κανόνων υγιεινής
- Επανεένταξη του ασθενούς στις καθημερινές δραστηριότητες (Trussell, Hayne, 1990)

ΣΤΟΧΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Προάσπιση της αναπνευστικής λειτουργίας
- Διατήρηση και αύξηση εύρους τροχιάς
- Διατήρηση και αύξηση της δύναμης και της αντοχής
- Μείωση της δυσμορφίας και σύγκαμψης
- Ψυχολογική υποστήριξη

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η συμβολή του στην αποκατάσταση αναφέρεται στην ελάττωση του οιδήματος αν το έγκαυμα αφορά άνω ή κάτω άκρα, την πρόληψη των παραμορφώσεων και τη διατήρηση της λειτουργικότητας του μέλους. Αν υπάρχει αναπνευστικό πρόβλημα γίνεται αναπνευστική φυσικοθεραπεία. Σε διασωληνωμένο ασθενή ή σε ασθενή με τραχειοστομία γίνεται παροχέτευση των εκκρίσεων, αλλαγή των θέσεων έτσι ώστε να προληφθούν οι παραμορφώσεις των μελών.

Μία από τις βασικές προτεραιότητες του φυσικοθεραπευτή, για κάθε κλινοστατισμένο ασθενή και ειδικά για τον εγκαυματικό άρρωστο, είναι η σωστή εγκατάσταση του στη νοσηλευτική κλίνη και οι αλλαγές της θέσης του με σκοπό την πρόληψη των κατακλίσεων. Η αυξημένη θερμοκρασία, η αφυδάτωση, οι συνθήκες υποθρεψίας, οι σηπτικές καταστάσεις, η ακινησία συνήθως συνυπάρχουν στους ασθενείς με εκτεταμένα εγκαύματα και για το λόγο αυτό, ο κίνδυνος εμφάνισης κατακλίσεων είναι αυξημένος, ιδιαίτερα στους υπερήλικες. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή συμβάλει με την παθητική κινητοποίηση και οι ήπιες εντριβές-μαλάξεις του δέρματος στα σημεία πίεσης προκαλούν υπεραιμία και επομένως έχουν επίσης προστατευτικό και προληπτικό ρόλο για την πρόληψη των κατακλίσεων.

Εγκαύματα στον θώρακα και την κοιλιά επηρεάζουν άμεσα την αναπνοή του ασθενή και τότε ο έλεγχος αυτής γίνεται από τους βασικούς στόχους της

φυσικοθεραπείας. Αμέσως μετά την εισαγωγή του εγκαυματία στο νοσοκομείο, ο φυσικοθεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει ένα βασικό πρόβλημά του. Αυτό είναι συνήθως η αναπνευστική του δυσχέρεια, είτε λόγω εισπνοής αερίων κατά την ώρα του ατυχήματος είτε λόγω της κακής κατάστασης του ασθενή. Η μορφή αυτή της αναπνευστικής φυσικοθεραπείας έχει διπλό σκοπό. α)την υποβοήθηση της παροχέτευσης, απομάκρυνσης των βρογχικών εκκρίσεων και β) την επίτευξη καλύτερου αερισμού των πνευμόνων με ενδυνάμωση και αρμονικότερη συνεργασία των αναπνευστικών μυών. Επίσης ο φυσικοθεραπευτής ενθαρρύνει τις βαθιές αναπνοές για καλύτερη απόχρεψη και ασκεί τους εκπνευστικούς μυς με τη βοήθεια ενός μηχανήματος εκπνοής, μέσα στο οποίο ο ασθενής φυσά αργά.

(Κομισόπουλος, 1996)

7.4 Οδηγίες για την θεραπεία στο σπίτι.

Μετά από την πάροδο εβδομάδων ή μηνών έρχεται η στιγμή της αναχώρησης από το νοσοκομείο. Αυτή τη στιγμή τον ασθενή τον διακατέχουν ποίκιλα συναισθήματα, όπως φόβος, ανασφάλεια γιατί θα βρίσκεται μακριά από τη θαλπωρή του νοσοκομείου και των νοσηλευτών.

Αυτά τα συναισθήματα καθώς και άλλα πολλά, προβάλλει προ τα έξω ο εγκαυματίας, την ώρα της αναχώρησής του από το νοσοκομείο, αφού τις εβδομάδες που νοσηλεύτηκε συνήθισε να δέχεται τις περιποιήσεις της επιστημονικής ομάδας και είχε δημιουργήσει την εντύπωση ότι όλος ο κόσμος είναι απαραίτητος, ακόμα και για την επιβίωσή του. Αυτή είναι μια δυσμενής για τον εγκαύματα κατάσταση και οφείλουν όλοι οι εμπλεκόμενοι, από πολύ νωρίς, να φροντίσουν να μη δημιουργηθεί.

Πρέπει να αφήσουν στον εγκαυματία περιθώρια πρωτοβουλίας για αυτοεξυπηρέτηση, τουλάχιστον σε ότι αφορά την περιποίηση των τραυμάτων του αλλά και του υπόλοιπου σώματός του, τόσο για λόγους πρακτικούς όσο και για θεραπευτικούς.(Cahners, Bernstein, 1990)

Μερικές από τις οδηγίες είναι οι ακόλουθες:

- Παροχή στον άρρωστο και την οικογένεια γραπτών οδηγιών

Όσον αφορά την φαρμακευτική του αγωγή τραύματος. Αν όμως δεν υπάρχει η δυνατότητα από τον ίδιο ή άλλα ικανά για το έργο αυτό μέλη της οικογενείας, γίνεται παραπομπή σε κοινοτικό νοσηλευτή που μπορεί να δώσει βοήθεια στη λήψη των φαρμάκων. Επίσης οδηγίες για παραπομπή σε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή επαγγελματικό σύμβουλο, για άτομα με κατάθλιψη ή δυσκολία στην προσαρμογή μετά από μια τραυματική εμπειρία σαν το έγκαυμα.(Μανδρέκας, 1998.)

- Την περιποίηση του τραύματος

Γίνεται πλέον από τον ίδιο και είναι μια σημαντική λειτουργία για την αποκατάστασή του. Μέσα στο νοσοκομείο, η επιστημονική ομάδα περιποιείται τον τραυματία, πολλές φορές μη αφήνοντάς του τη δυνατότητα να συμμετάσχει σε όλη τη διαδικασία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο εγκαυματίας να αντιμετωπίζει τα τραύματά του με φόβο, με αποτέλεσμα να αποφεύγει να ασκείται φοβούμενος ότι αυτά θα ανοίξουν.

Η προσωπική λοιπόν περιποίηση των τραυμάτων του απομυθοποιεί την ιδέα που έχει, ότι αυτά είναι επώδυνα ή ότι η ενασχόλησή του με αυτά περιλαμβάνει κάποιους κινδύνους για την αρτιμέλεια του. Η περιποίηση των τραυμάτων περιλαμβάνει την αλλαγή των επιδέσμων, την καθαριότητα και την συχνή προσωπική παρακολούθηση τους, για μη αναμενόμενες αντιδράσεις τους.(Munster, 1993)

- Πιεστική ελαστική επίδεση

Είναι μέθοδος πολύ αποτελεσματική, τόσο από αισθητικό όσο και από πρακτικό επίπεδο. Πιεστικοί επίδεσμοι, συνήθως από κατάλληλο ελαστικό ή σπανιότερα άλλο υλικό όπως δέρμα, ύφασμα κτλ. εφαρμόζονται καλύπτοντας όλη την επιφάνεια της ουλής και ασκούν ομοιόμορφη πίεση πάνω στον ουλώδη ιστό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την επιπέδωση του τραύματος και την αποτροπή δημιουργίας υπερτροφικών ή χηλοειδών ουλών που παρεμποδίζουν τις κινήσεις. Πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μην εγκλωβίζονται κάτω από τους επιδέσμους υπολείμματα κρεμών ή ελαίων ή άλλων υλικών, γιατί οι πιεστικοί

επίδεσμοι δημιουργών τριβές στο δέρμα και είναι πολύ πιθανό να το τραυματίσουν. (Κομισόπουλος, 1996)

- Διατήρηση της λειτουργικότητας των μελών.

Οι εγκαυματίες πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν πλήρως το σώμα τους, μη λαμβάνοντας υπ' όψιν τους τα τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται από τα τραύματά τους και που κυρίως είναι μικροτραυματισμοί, πόνοι κατά τις κινήσεις, μικροαιμορραγίες. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η σωστή χρησιμοποίηση των μελών του για την παραπέρα αυτοεξυπηρέτησή του. (Lochaitis A, Illiouroulou E., Komninakis E. et al, 1992)

7.5 Οδηγίες για το σπίτι σε περίπτωση εγκαύματος.

Τι δεν πρέπει να κάνετε σε περίπτωση εγκαύματος

- Ποτέ και σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να σπάτε τις φυσαλίδες που δημιουργούνται, γιατί ο πόνος θα είναι αναποφευκτός.
- Στην εγκαυματική επιφάνεια δεν ενδύκνεται η επάλειψη αλοιφών ή άλλων λιπαρών ουσιών
- Μην χρησιμοποιείτε χνουδωτά υφάσματα για την κάλυψη της εγκαυματικής επιφάνειας
- Σε περίπτωση που έχει κολλήσει πάνω στο έγκαυμα οτιδήποτε π.χ. ύφασμα, κόσμημα μην το αφαιρείται λόγω κινδύνου πρόκλησης μεγαλύτερης βλάβης.
- Πλένουμε την περιοχή με άφθονο νερό και επαλείφουμε το σημείο με Betadine προκειμένου να εμποδίσουμε την ανάπτυξη μικροβίων και την αποβολή υγρών. Η επάλειψη με ιώδιο μία-δύο φορές την ημέρα δημιουργεί ξερή επιφάνεια (κρούστα) κάτω από την οποία επουλώνεται πλήρως η εγκαυματική επιφάνεια μετά από περίπου 12-14 ημέρες. (Σούκουλη, 2005)

Οδηγίες σε περίπτωση χημικών εγκαυμάτων στο δέρμα

Ορισμένα από τα χημικά μπορούν να ερεθίσουν ή να προκαλέσουν βλάβη στο δέρμα ή να απορροφηθούν από αυτό, προκαλώντας εκτεταμένες ή μοιραίες βλάβες.

- Αναγνωρίστε και αφαιρέστε τη χημική ουσία για να προλάβετε περαιτέρω βλάβες.
- Ορισμένα χημικά χρειάζονται περισσότερο από 20 λεπτά ξέπλυμα.
- Αφαιρέστε τα ρούχα που έχουν διαποτιστεί από τη χημική ουσία. Προσέξτε μην μολυνθείτε και εσείς.
- Να κανονίσετε την άμεση μεταφορά του πάσχοντα στο νοσοκομείο([Σούκουλη](#), 2005)

Οδηγίες σε περίπτωση εγκαύματος από τον ήλιο.

Τα περισσότερα από αυτά είναι επιφανειακά με ερύθημα, φαγούρα, ευαισθησία.

- Βοηθήστε τον πάσχοντα να πάει στην σκιά ή καλύτερα σε κλειστό χώρο
- Δροσίστε το δέρμα του με ένα σφουγγάρι με κρύο νερό ή βάλτε τον σε μια μπανιέρα με κρύο νερό
- Δίνετε τακτικά στον πάσχοντα γουλιές κρύου νερού. Αν τα εγκαύματα είναι ελαφρά
- ένα αντηλιακό μετά τον ήλιο μπορεί να απαλύνει το έγκαυμα. ([Σούκουλη](#), 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8
ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ
ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ
ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ

Η πρόληψη της πυρκαγιάς και του εγκαύματος είναι πρόβλημα περίπλοκο και ανησυχητικό. Η διδασκαλία της πρόληψης των εγκαυμάτων δεν είναι τόσο εύκολη όσο φαίνεται. Χρειάζονται σωστά προγράμματα ενημέρωσης μέσα από ιδιωτικούς και κρατικούς φορείς, με τη χρήση των ΜΜΕ. Στατιστικά στοιχεία μας πληροφορούν πως το 75% των εγκαυμάτων οφείλονται στο ίδιο το θύμα, ενώ το 65%-75% αυτών των τραυματισμών συμβαίνουν στο σπίτι.

Ομάδες υψηλού κινδύνου για να υποστούν εγκαύματα είναι τα παιδιά ηλικίας κάτω των 3 ετών και ηλικιωμένοι πάνω των 65 ετών. Αμέσως μετά και με ποσοστό 20% ακολουθούν οι τυχαία παρευρισκόμενοι στο χώρο που εκδηλώνεται η πυρκαγιά.

Η μεγαλύτερη αιτία εγκαυμάτων είναι τα θερμά υγρά. Πρώτα στην κουζίνα και μετά στο μπάνιο. Αυτά που γίνονται στην κουζίνα είναι συνήθως με θύματα μικρά παιδιά, π.χ ένα ξεχασμένο μάτι της κουζίνας ανοιχτό, μια κατσαρόλα που βράζει, η σόμπα που βρίσκεται στο δάπεδο ,αποτελούν αίτια σοβαρών και πολλές φορές μοιραίων εγκαυμάτων.

Τα ατυχήματα στο μπάνιο αποτελούν τη δεύτερη μεγαλύτερη και συχνότερη αιτία εγκαυμάτων και συνήθως οφείλονται στην αυξημένη θερμοκρασία του νερού της βρύσης. Απο αυτά τα 27% συμβαίνουν σε απρόσεκτα παιδιά και σε ηλικιωμένους λόγω αργών αντανακλαστικών.

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, διαπιστώνουμε την μεγάλη ανάγκη ενημέρωσης του κόσμου με κάθε τρόπο, ώστε να περιορίσουμε όσο το δυνατό περισσότερο τους τραυματισμούς και τους θανάτους απο εγκαύματα. (www.esos.gr)

8.1. Το έγκαυμα στην παιδική ηλικία

Η μεγάλη συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών συχνά συνδέεται με την μειωμένη επίβλεψη των παιδιών από τους ενήλικους. Τα πολύ μικρά παιδιά έχουν μειωμένη την αντίληψη του κινδύνου, και περιορισμένη

ικανότητα να αντιδράσουν έγκαιρα σε φωτιά ή σε ανάλογη κατάσταση.(David, Graham, Euan, 2002).

Ψυχολογικοί, επίσης, παράγοντες συχνά συσχετίζονται με τις εγκαυματικές βλάβες στα παιδιά. Το 30% περίπου των παιδικών εγκαυμάτων είναι αποτέλεσμα κακοποίησης του παιδιού. Γι' αυτό, όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης του παιδιού, πρέπει να γίνεται και έλεγχος για τέτοιου είδους βλάβες. (David, Graham, Euan, 2002).

Η συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών, καθώς και άλλων τυχαίων βλαβών, αυξάνεται σε οικογένειες με συγκινησιακές διαταραχές, όπως συζυγική διαφωνία, ψυχικά διαταραγμένος γονέας ή καθυστερημένο παιδί. Το άναμμα της φωτιάς από μικρά παιδιά και τα εγκαύματα μπορούν να ερμηνευθούν ως σημείο κατάθλιψης που συνδέεται με την απώλεια του γονέα, με τον οποίο το παιδί ήταν πολύ συνδεδεμένο.

Οι μικροί εγκαυματίες διαφέρουν από του μεγαλύτερους σε ηλικία. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι η επιφάνεια του σώματος σε σχέση με το βάρος είναι στο παιδί αναλογικά μεγαλύτερα από του ενήλικα. Τα παιδιά έχουν φυσιολογικά περισσότερες σφύξεις και χαμηλότερη αρτηριακή πίεση. Οι θερμιδικές και άλλες μεταβολικές ανάγκες είναι επίσης αυξημένες στα παιδιά, γι' αυτό κατά τη θεραπεία πρέπει να καλύπτονται σε αναλογικά μεγαλύτερες ποσότητες συστατικών σε σύγκριση με τις ανάγκες του ενήλικα. Σε παιδιά κάτω του ενός έτους είναι γνωστό ότι η νεφρική λειτουργία υπολείπεται από αυτή του ενήλικα. Γι' αυτό η παρεντερική χορήγηση υγρών μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες στερήσεως διάφορων ουσιών οι οποίες αντιμετωπίζονται δύσκολα.

Κατά συνέπεια η ανάπτυξη αφυδάτωσης, οξέωσης, οιδήματος, και άλλων παθολογικών καταστάσεων, μπορεί να είναι ταχεία και συχνή. Σε παιδιά για τα οποία δεν υπάρχει ένδειξη εισαγωγής, πρέπει να γίνει αποτελεσματική επίδεση της εγκαυματικής περιοχής με βαζελινούχα γάζα, και επίδεσμο. Η επίδεση αυτή περιορίζει τις πιθανότητες μόλυνσης, ελαττώνει τον πόνο και δημιουργεί συνθήκες καλής επούλωσης. Η πρώτη αλλαγή γίνεται συνήθως μετά από μια βδομάδα, εκτός αν υπάρξει ιδιαίτερος λόγος, όπως υπόνοια μόλυνσης σε κακοσμία της επίδεσης ή έντονου άλγους.

Για τους εισαγόμενους στο νοσοκομείο μικρούς εγκαυματίες η γενική αντιμετώπιση είναι παρόμοια με του ενήλικα με γνώμονα τις ειδικές συνθήκες που αφορούν τις παθοφυσιολογικές μεταβολές.(David, Graham, Euan, 2002).

8.2. Εγκαύματα της γεροντικής ηλικίας

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι επιρρεπή σε διάφορα ατυχήματα γιατί έχουν ελαττωμένες φυσικές δυνατότητες, πάσχουν από διάφορες παθολογικές καταστάσεις, δεν λαμβάνουν προφυλάξεις και γενικά μένουν πολύ στο σπίτι, όπου συμβαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα, μεταξύ των οποίων είναι και τα εγκαύματα. Ένα έγκαυμα όχι και πολύ σοβαρό μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο άτομα προχωρημένης ηλικίας.

- **Αίτια**

Τα συχνότερα αίτια που οδηγούν τους ηλικιωμένους στην πρόκληση εγκαυμάτων είναι:

· Η απώλεια συνείδησης (λιποθυμικές καταστάσεις) που οφείλεται σε διάφορες αιτίες όπως η εύκολη κόπωση, οι καρδιοπάθειες, οι αναιμίες κ.λ.π. · Η ανάφλεξη της ενδυμασίας από θερμάστρες, οικιακές ηλεκτρικές συσκευές, τσιγάρων και άλλων αιτίων. Στις παραπάνω περιπτώσεις η συχνότητα των εγκαυμάτων στις γυναίκες είναι μεγαλύτερη απ' ότι στους άνδρες, προφανώς λόγω της διαφοράς της γυναικείας ενδυμασίας και των ειδικών συνθηκών απασχόλησης στο σπίτι. Εγκαύματα από ζεστά νερά πολύ συχνά στην καθημερινή πράξη, που προκαλούνται τόσο στην κουζίνα όσο και από την χρήση θερμοφόρας ή άλλων θερμών αντικειμένων από ηλικιωμένους ασθενείς.

Η αντιμετώπιση *πρέπει να γίνεται σύντομα, με την* διακομιδή στο πλησιέστερο νοσοκομείο Η αντιμετώπιση στο νοσοκομείο για τα εκτεταμένα εγκαύματα συνίσταται στην μείωση του πόνου, την εξασφάλιση καλής αναπνοής, ελαφρά επίδεση των εγκαυμάτων, τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα για παρεντερική χορήγηση υγρών ή πλάσματος. Πρέπει να σημειωθεί ότι διάφορες παθολογικές καταστάσεις, η καρδιοπάθεια, η χρόνια βρογχίτιδα, μπορεί να οδηγήσουν ένα ηλικιωμένο άτομο στο θάνατο έστω και αν το έγκαυμα είναι περιορισμένης έκτασης. Οι επιμολύνσεις ή άλλες επιπλοκές των εγκαυματικών επιφανειών και η καθυστέρηση της επούλωσης, μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορα επακόλουθα. Για το λόγο αυτό απαιτείται ειδική, υπεύθυνη φροντίδα. (Μανιός, Μηνογιόνης, Κόνωνας, 1991)

8.3. Πρόληψη εγκαυμάτων στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

- Μην αφήνετε ποτέ τα παιδιά μόνα στο σπίτι. Διδάξτε τα έγκαιρα τον κίνδυνο της φωτιάς
- Ασφαλίστε ηλεκτρικές συσκευές, βραστήρα με νερό ή φαγητό, σπύρτα, κ.α. που μπορεί για όλους, αλλά ιδιαίτερα για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους να αποβούν επικίνδυνα.
- Αποφεύγετε το κάπνισμα στο κρεβάτι, διότι μπορεί να κοιμηθείτε με αναμμένο τσιγάρο και να γίνει ατύχημα. Ελέγχετε το σταχτοδοχείο πριν το αδειάσετε.
- Μην παρατείνετε την παραμονή σας στον ήλιο στις αρχές της ηλιοθεραπείας, γιατί προκαλούντε εγκαύματα
- Μην βάζετε τη σόμπα κοντά σε κουρτίνες ή άλλες εύλεκτες ύλες. Μην ανάβετε σπύρτα, κερί, αναπτήρα, τσιγάρα σε χώρους με εύλεκτες ύλες, όπως οινόπνευμα, βενζίνη. Μην αποθηκεύετε εύλεκτες ύλες κοντά σε εστίες φωτιάς
- Αποφεύγετε το κάψιμο χόρτων ή σκουπιδιών όταν φυσά δυνατός αέρας. Βεβαιωθείτε ότι έσβυσε τελείως η φωτιά.
- Μην αφήνετε χημικές ουσίες σε ντουλάπια που μπορεί να φτάσει το παιδί και να τις χρησιμοποιήσει.
- Ακολουθείτε τις ειδικές οδηγίες που έχουν οριστεί από την πυρασφάλεια στην εργασία σας. (Αθανάτου, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΧΩΡΟΙ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

9.1 Μονάδες εγκαυμάτων

Η αντιμετώπιση του «εγκαυματία» είναι σωστό να γίνεται σε ειδικούς χώρους με κατάλληλο εξοπλισμό και άριστα ειδικευμένο προσωπικό όπου η θεραπεία συνεχίζεται ως το στάδιο της αποκαταστάσεώς τους. Σε αυτές τις μονάδες μπορούν να αντιμετωπισθούν βαριά εκτεταμένα εγκαύματα αποτελεσματικότερα. (Γιαννοπούλου, 2003.)

Τα εγκαύματα όμως που είναι μικρά και δεν έχουν ένδειξη εισαγωγής σε μονάδα εγκαυμάτων πρέπει να αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων από γενικούς ιατρούς. (www.iatronet.gr/ygeia, 2007)

Ο πλαστικός χειρουργός που καλείται να αντιμετωπίσει τις βλάβες, όπως είναι φυσικό, συντονίζει μια ομάδα ειδικών ιατρών πολλών ειδικοτήτων (π.χ. αναισθησιολόγους – εντατικολόγους, καρδιολόγους, νευρολόγους, τραυματολόγους κ.λ.π.) και συνεπικουρείται από άλλες ομάδες εξειδικευμένου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. (Χατζηπουλίδης, 1997)

Στις προηγμένες υγειονομικά χώρες, οι εργαζόμενοι εργάζονται σε σύγχρονα και άρτια εξοπλισμένα «ειδικά κέντρα αντιμετώπισης εγκαυμάτων» όπου δέχονται και αντιμετωπίζουν επιτυχώς, εκτός από τις θερμικές βλάβες, και τις ηλεκτρικές κακώσεις κάθε βαρύτητας. Στην πατρίδα μας όμως υπάρχει στασιμότητα στα θέματα αντιμετώπισης των ηλεκτρικών και γενικότερα των θερμικών κακώσεων. Ειδικά κέντρα αντιμετώπισης εγκαυμάτων, παραπλήσια αυτών του εξωτερικού, δεν υπάρχουν. Άρα είναι εμφανές ότι η χώρα μας έχει την ανάγκη δημιουργίας τέτοιων μονάδων έστω δύο ή τριών με 10-15 κλίνες η καθεμιά. Προς το παρόν αποτέλεσμα έχουν δώσει οι πλαστικές επανορθωτικές χειρουργικές κλίνες, που ειδικεύονται στα εγκαύματα και που ως τώρα έχουν καταφέρει και προπάντων προσπαθούν για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. (Χατζηπουλίδης, 1997)

9.2 Ο χώρος νοσηλείας

Ο χώρος νοσηλείας των εγκαυματιών οπουδήποτε και αν γίνεται, είτε στο χώρο της ειδικής μονάδας εγκαυμάτων, είτε στην πλαστική και επανορθωτική κλινική, πρέπει να τηρούνται οπωσδήποτε ορισμένες αρχές σχετικά με τη δομή και την οργάνωση του χώρου νοσηλείας. Για την ύπαρξη αποτελεσματικής νοσηλείας και αποκατάστασης του εγκαυματία, ο χώρος παίζει σημαντικό ρόλο. Γι'αυτό στο χώρο εργασίας είναι απαραίτητο να υπάρχουν:

α) Χώρος αρχικής αντιμετώπισης – ανάληψης βαρέων πασχόντων εξοπλισμένος με μηχανήματα διάσωσης, όπως αναπνευστήρα, απινιδωτή monitor παρακολούθησης ζωτικών σημείων.

β) Δωμάτιο νοσηλείας για την ετοιμασία όλων των νοσηλειών με φάρμακα, τροχοφόρα νοσηλείας, ιματισμό και άλλο υλικό.

γ) Χώρος ειδικού λουτρού με συστήματα όπου να βοηθούν το άτομο, να ανταπεξέλθει στην καθημερινή του καθαριότητα

δ) Χώρος εργασίας νοσηλευτικού προσωπικού, με ηλεκτροκαρδιογράφους και άλλα απαραίτητα υλικά

ε) Ο χώρος ιματισμού θα πρέπει να είναι άνετος με άφθονο υλικό και μεγάλες επιφάνειες.

ζ) Οι θάλαμοι θα πρέπει να διαθέτουν τουαλέτα και νιπτήρα και να έχουν ειδικό χώρο, για να συλλέγεται το μολυσμένο και ακάθαρτο υλικό και αποσύρεται χωρίς να έρθει σε επαφή με τον ατμοσφαιρικό αέρα και να τον μολύνει.

ε) Αισθητή θα πρέπει να είναι η παρουσία των νοσηλευτών, η ετοιμότητα, η ταχύτητα και η ακρίβεια των νοσηλευτικών ενεργειών και παρεμβάσεων, η υπομονή και επιμονή τους στον άρρωστο και τους συγγενείς του. (Κόνωνας, 2006)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΕΥΝΑΣ

10.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπό της έρευνάς μας αποτέλεσε είναι η ανίχνευση των επιμορφωτικών αναγκών των Νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία σχετικά με την εγκαυματική νόσο.

10.2 Είδος έρευνας

Η ποσοτική έρευνα επιλέχθηκε ως καταλληλότερο είδος της ερευνητικής προσέγγισης για το θέμα μας.

Η ποσοτική προσέγγιση **είναι καταλληλότερη** διότι, τα δεδομένα, **οι πληροφορίες** που ζητήθηκαν να συλλεχθούν από τους συμμετέχοντες στην ερευνητική μελέτη, είναι **συγκεκριμένες** και δίνεται η δυνατότητα στο διαθέσιμο χρονικό διάστημα να έχουμε **συλλογή στοιχείων από αρκετά σημαντικό πληθυσμό-δείγμα** με τη χρήση του **ερωτηματολογίου**.

10.3 Δείγμα έρευνας –χρόνος συλλογής στοιχείων

Συνολικό πληθυσμό (προσβάσιμο πληθυσμό) (Σαχίνη –Καρδάση 2000) αποτέλεσαν 86 Νοσηλευτές. Επειδή ο πληθυσμός δεν είναι γνωστός, επίσης ο χρόνος και οι οικονομικοί πόροι περιορισμένοι, χρησιμοποιήθηκε η **μη πιθανοτική δειγματοληψία** – με τη χρήση της **δειγματοληψίας ευκολίας**. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

Πλεονεκτήματα του δείγματος ευκολίας στη προκειμένη περίπτωση αποτελούν επίσης:

- η οικονομία χρόνου και χρήματος (καθώς διαμοιράστηκαν πιο εύκολα τα ερωτηματολόγια),
- η δυνατότητα διαμοιρασμού *in situ*, (επί τόπου).
- ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος, ώστε να εξασφαλίζεται υψηλό *επίπεδο σημαντικότητας –confidence levels*.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε τους μήνες Μάη, Ιούνη του έτους 2009.

10.4 Τεχνική και μέσα συλλογής πληροφοριών

Ως τεχνική συλλογής πληροφοριών επιλέχθηκε η **απευθείας επικοινωνία**, (Ανδριώτης 2003) με μέσο συλλογής δεδομένων, το **τυποποιημένο ερωτηματολόγιο**, (Σαχίνη – Καρδάση 2000) καθώς:

- η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και κατά συνέπεια,
- η συγκρισιμότητα,
- και η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται,
- το καθιστούν κύριο εργαλείο της ποσοτικής έρευνας.

Επίσης χρειάζεται λιγότερος χρόνος, (σε σχέση με άλλες τεχνικές συλλογής δεδομένων) και λιγότερα χρήματα.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**, (ώστε να διασφαλισθεί η αμεροληψία των απαντήσεων).

Οι **ερωτήσεις** είναι **κλειστού τύπου**, ώστε να εξασφαλιστεί η συγκριτικότητα των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η ανάλυση. Περιέχονται, ερωτήσεις δημογραφικών - κοινωνικών χαρακτηριστικών, και ερωτήσεις που έχουν άμεση σχέση με τους στόχους της έρευνας η κωδικοποίηση των οποίων έγινε κυρίως με την επεξεργασία διχοτομικών ερωτήσεων αλλά και ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής.

Το ερωτηματολόγιο μοιράσθηκε **επί τόπου (*in situ*)**, (Faukner D. 1999) από τους ίδιους τους ερευνητές, καθότι η **παρουσία του ερευνητή** ενισχύει την αξιοπιστία των

συλλεγόμενων στοιχείων καθώς θα μπορεί να δώσει επεξηγήσεις και διευκρινίσεις όπου χρειασθεί. Διασφαλίζεται επίσης πολύ πιο υψηλό ποσοστό απόκρισης στα ερωτηματολόγια που διανέμονται επιτόπου σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια που διανέμονται μέσω ταχυδρομείου.

Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση,

- και στην **‘καλή οργάνωση και εμφάνιση του ερωτηματολογίου’**. (Κυριαζή 1998-99) Δηλ: ερωτήσεις κατανοητές με ξεκάθαρες έννοιες, λιτές και σύντομες, μονοδιάστατες.
- στη μη χρήση *‘καθοδηγούμενων (leading questions) και ασαφών’* (Λαμπίρη – Δημάκη 2003), (Bell 2004) ερωτήσεων.
- στην **ουδετερότητα του ερευνητή**, (Jevreau C. 1999) δόθηκαν επεξηγήσεις με γνώμονα πάντα να μην
- στο να πεισθούν οι ερωτώμενοι ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία των ερωτηματολογίων.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σχετικά περιορισμένος χρόνος αλλά και η αντικειμενική δυσκολία που θα αντιμετωπίζαμε κατά την σύνταξη των ερωτηματολογίων, καθώς στόχος μας ήταν η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων ερωτηματολογίων, μας οδήγησε στο να χρησιμοποιήσουμε **μη πιθανοτική δειγματοληψία** με επιλογή τη **δειγματοληψία ευκολίας**.

10.5 Μεθοδολογία επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων

Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε συγκεκριμένη διαδικασία η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω στάδια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα Μετά την συλλογή των δεδομένων οι **απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν**, έγινε η **εισαγωγή** των στοιχείων στον Η/Υ με την χρήση του **στατιστικού πακέτου του SPSS 12.0** και μετά

από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι **απόλυτες και σχετικές συχνότητες** που συνδέονται από τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση. Τέλος αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση το σωματικό βάρος των ερωτώμενων (πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα, δείκτες συνάφειας).

1. Καταχώρηση των δεδομένων.
2. Έλεγχος των δεδομένων.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνότητων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

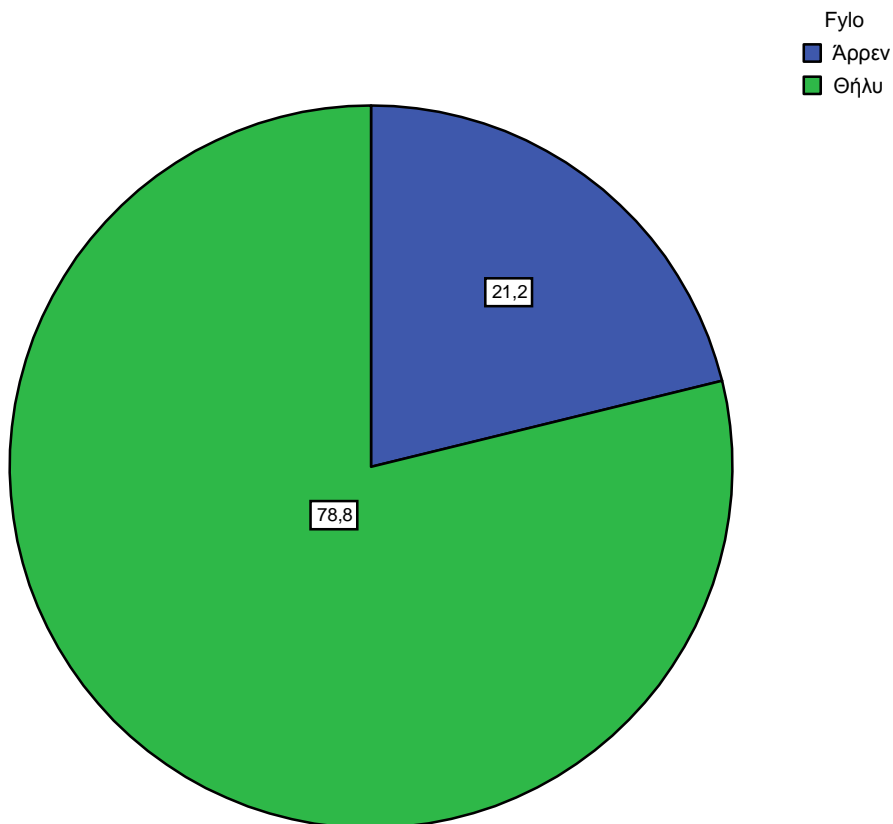
ΕΡΕΥΝΑΣ

11.1 Αποτελέσματα δεδομένων

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν παρουσιάζονται αναλυτικά υπό τη μορφή πινάκων στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίασής τους.

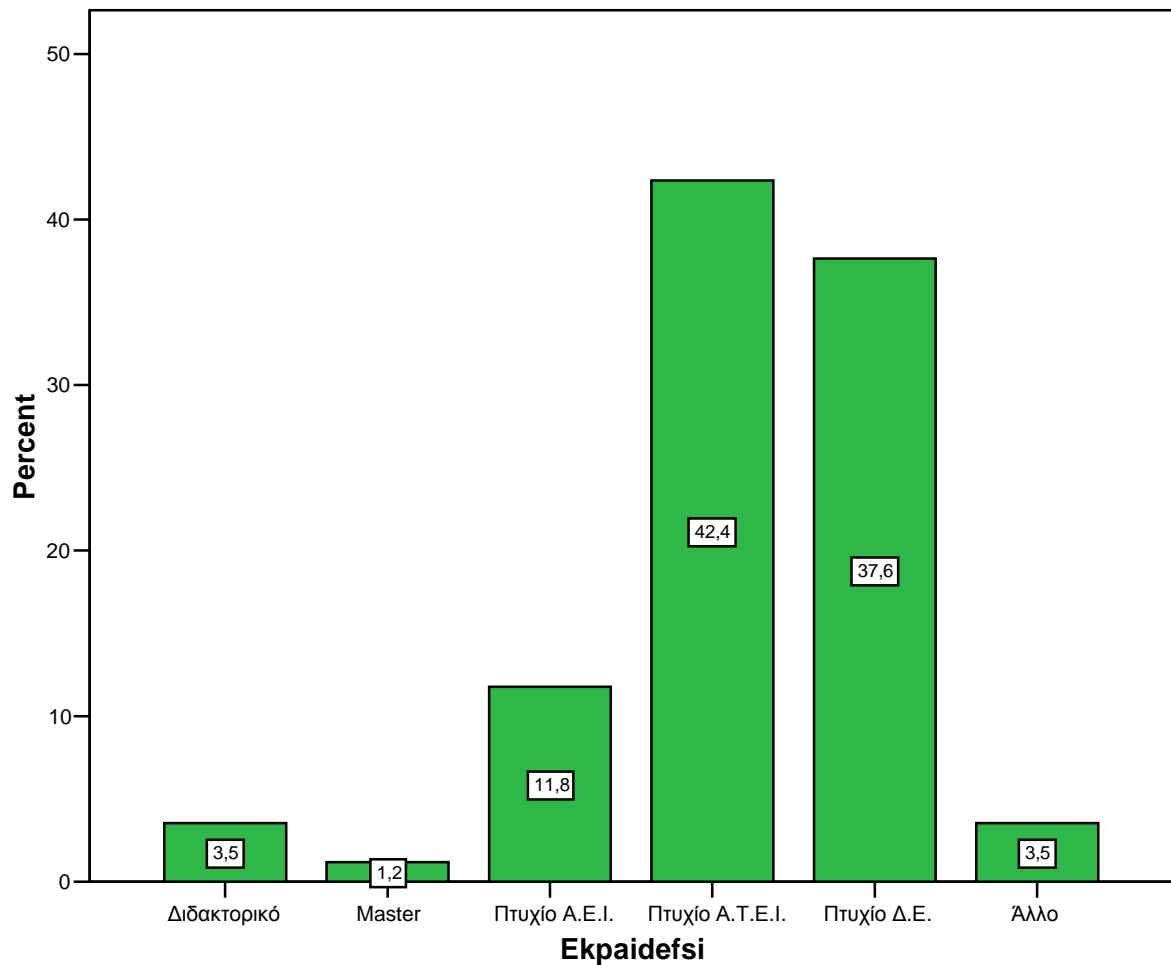
11.2 Μονομεταβλητή ανάλυση δεδομένων

Γράφημα 1: Ποιο είναι το φύλο σας;



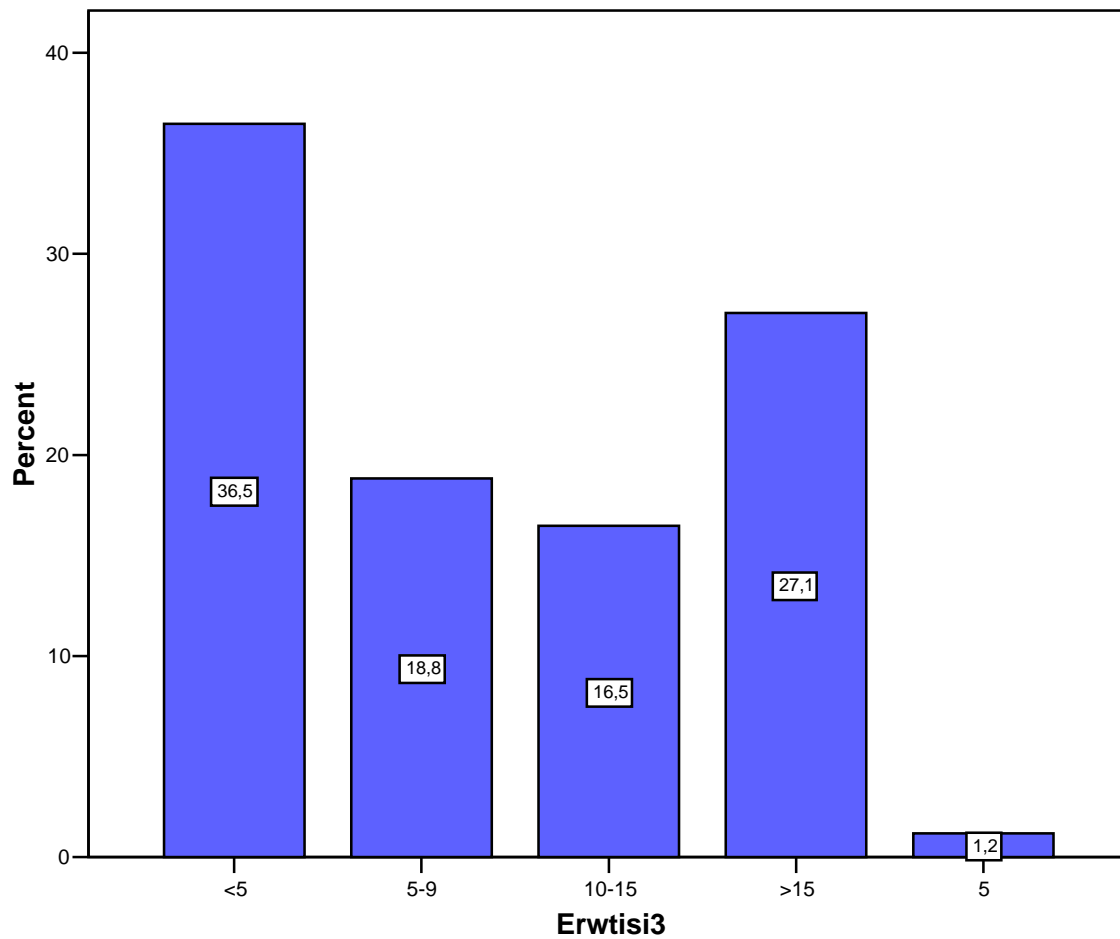
Οι γυναίκες υπερέχουν των ανδρών με ποσοστά 78,8% έναντι 21,2% των γυναικών αντίστοιχα

Γράφημα 2: Ποιο είναι το ανώτερο ακαδημαϊκό πτυχίο που έχετε;



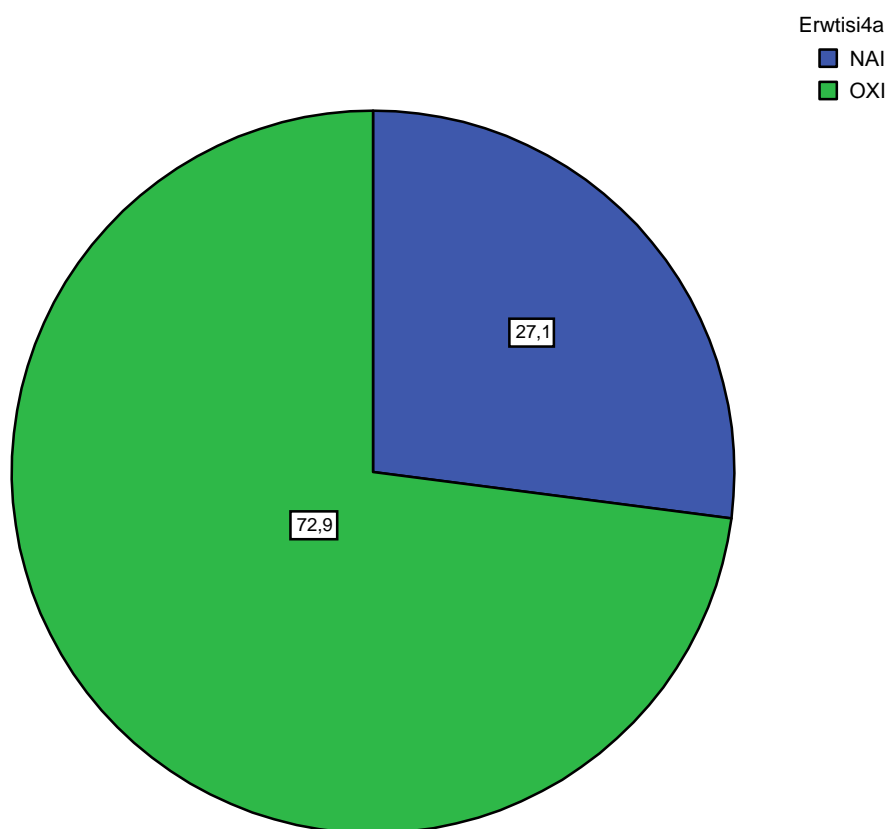
Υπερέχουν οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ (42,4%) και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΔΕ (37,6%). Μόλις το 11,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ελάχιστοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή διδακτορικό.

Γράφημα 3: Πόσα χρόνια εργάζεσθε;



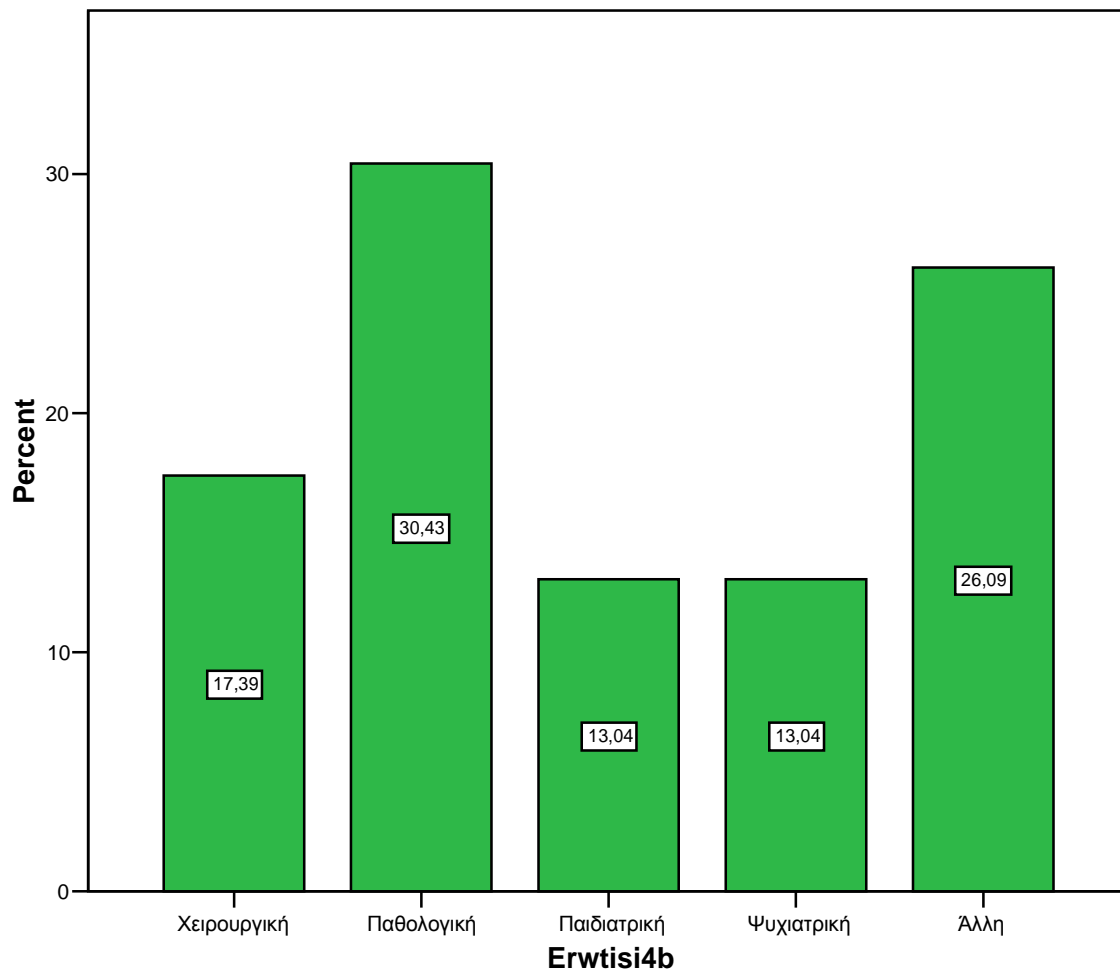
Το σημαντικότερο ποσοστό των Νοσηλευτών (36,5%) εργάζονται λιγότερο από 5 χρόνια, ακολουθούν όσοι εργάζονται πάνω από 15 χρόνια με ποσοστό 27,1%, 5-9 χρόνια ποσοστό 18,8% και 16,5% 10 -15 χρόνια.

Γράφημα 4a: Έχετε ειδικότητα;



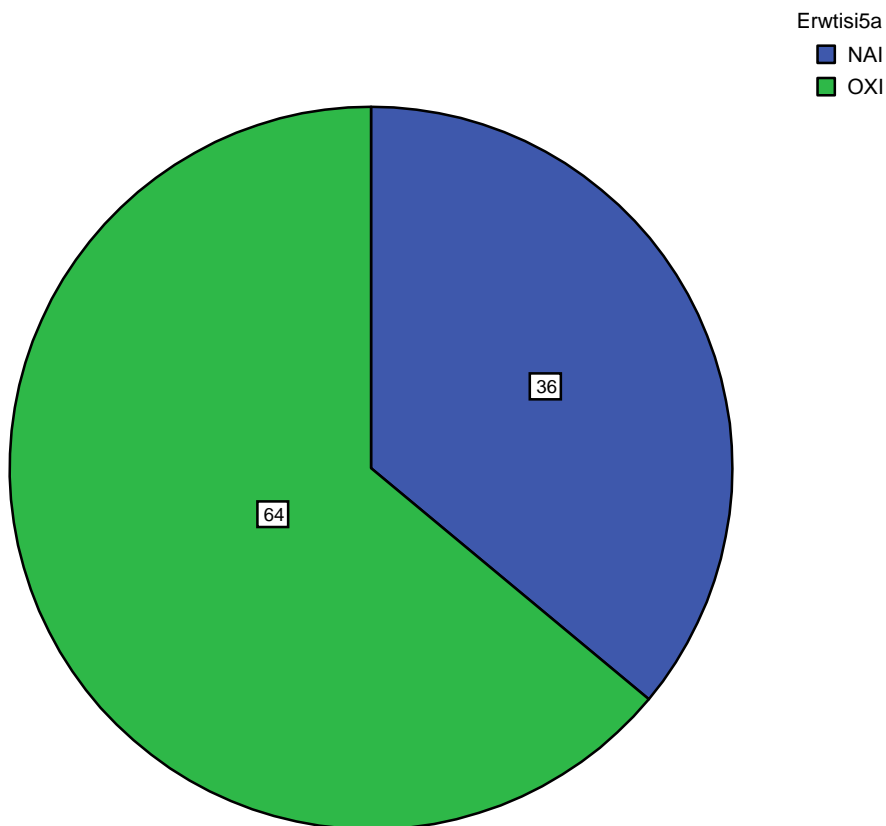
Οι περισσότεροι δεν έχουν κάποια ειδικότητα Νοσηλευτικής (ποσοστό 72,9%).

Γράφημα 4b: Αν ναι, ποια είναι από τις παρακάτω;



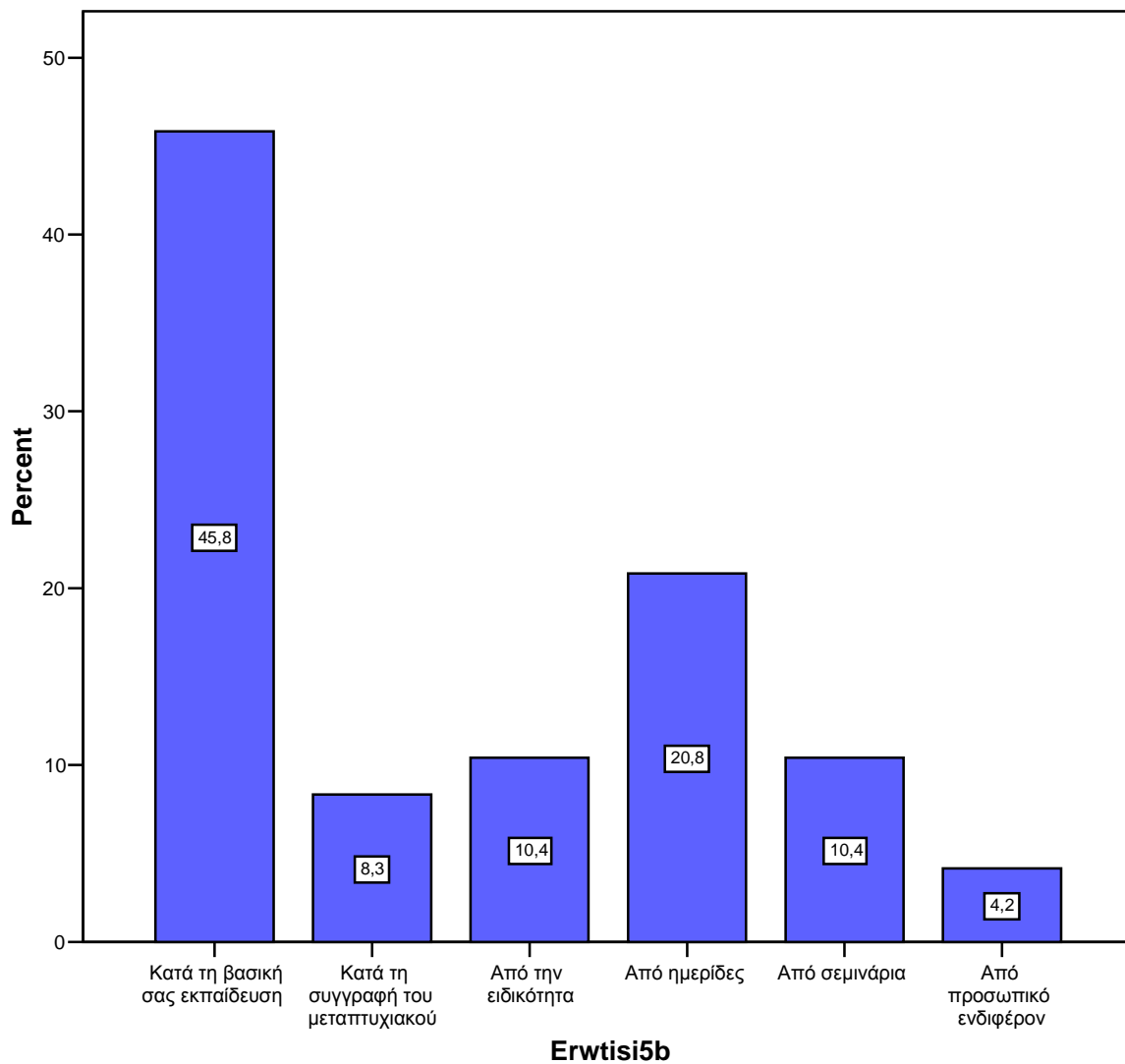
Από αυτούς που απάντησαν ότι έχουν κάποια ειδικότητα Νοσηλευτικής, η Παθολογική ειδικότητα έρχεται πρώτη με ποσοστό 30,43%, ακολουθεί η Χειρουργική με 17,39% με ισόποσες τις Παιδιατρική και Ψυχιατρική σε ποσοστό 13,4% αντίστοιχα.

Γράφημα 5a: Λάβατε κάποια εξειδικευμένη γνώση για την εγκαυματική νόσο;



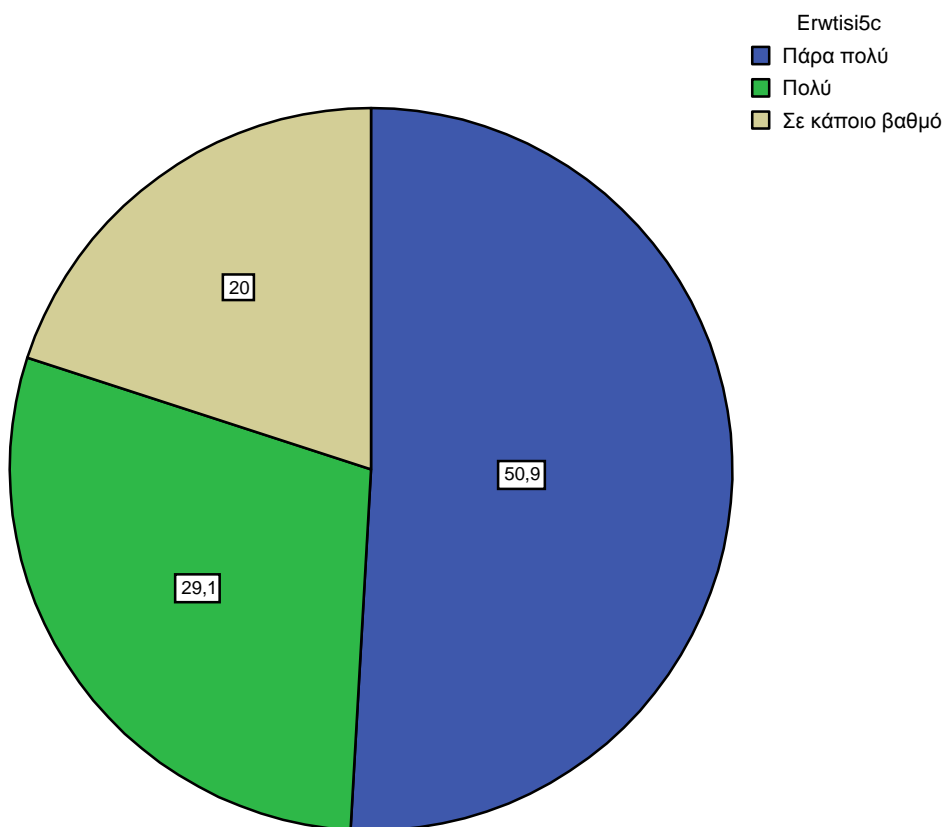
Οι περισσότεροι σε ποσοστό 64% δηλώνουν ότι δεν έλαβαν εξειδικευμένη γνώση σχετικά με την εγκαυματική νόσο.

Γράφημα 5b: Αν ναι, οι γνώσεις που έχετε λάβει αποκτήθηκαν:



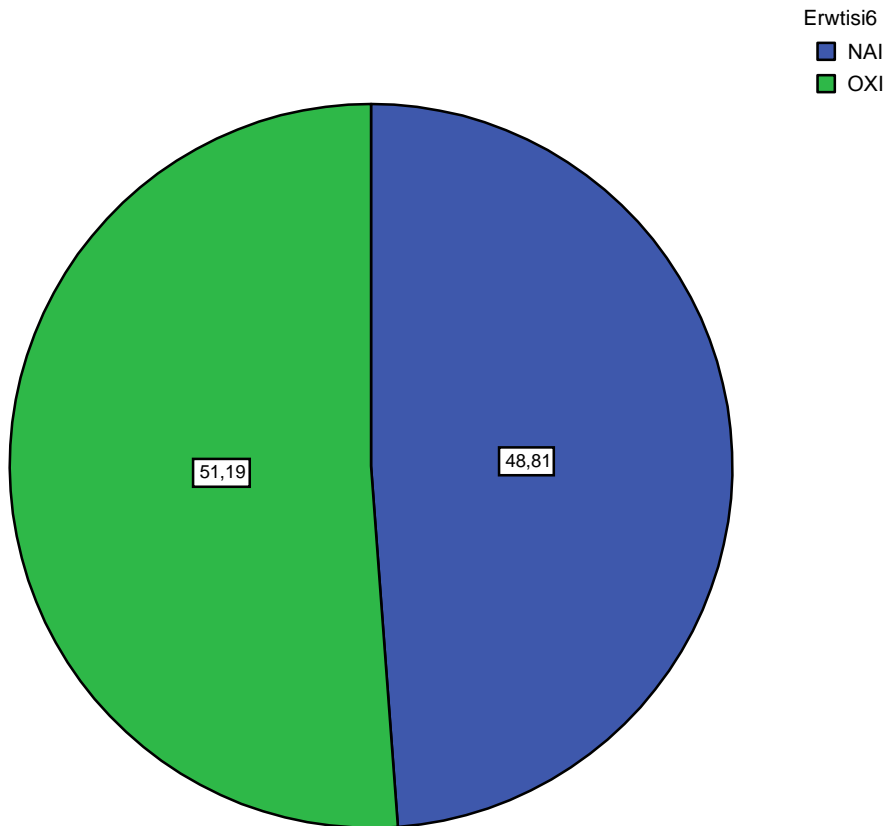
Από αυτούς που απάντησαν ότι έλαβαν εξειδικευμένη γνώση, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι την έλαβε κατά την βασική του εκπαίδευση (ποσοστό 45,8%), ακολουθούν όσοι δηλώνουν ότι έλαβαν εξειδικευμένη γνώση από ημερίδες (20,8%) και ακολουθούν τα σεμινάρια και η ειδικότητα με ποσοστά 10,4% αντίστοιχα.

Γράφημα 5c: Αν όχι, πιστεύετε ότι η εξειδικευμένη γνώση θα βελτίωνε την ικανότητά σας στην αντιμετώπιση αρρώστων με εγκαυματική νόσο;



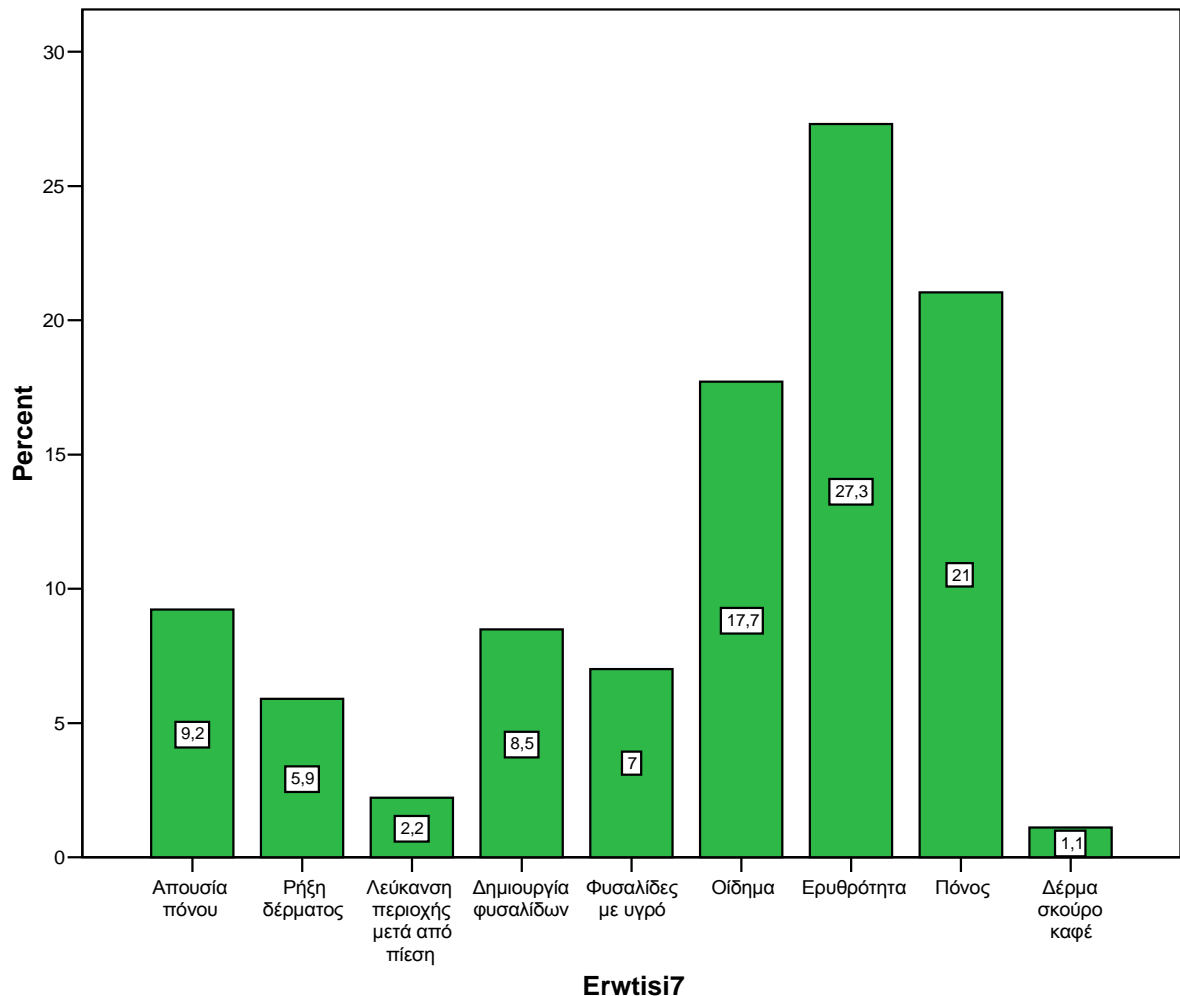
Από όσους απάντησαν ότι δεν έχουν λάβει εξειδικευμένη γνώση, οι περισσότεροι σε ποσοστό 50,9% θεωρούν ότι η εξειδικευμένη γνώση θα βελτίωνε πάρα πολύ την ικανότητά των στην αντιμετώπιση αρρώστων με εγκαυματική νόσο. Επίσης θα την βελτίωνε πολύ θεωρεί το 29,1% και σε κάποιο βαθμό το 20%.

Γράφημα 6: Έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά με εγκαυματική νόσο;



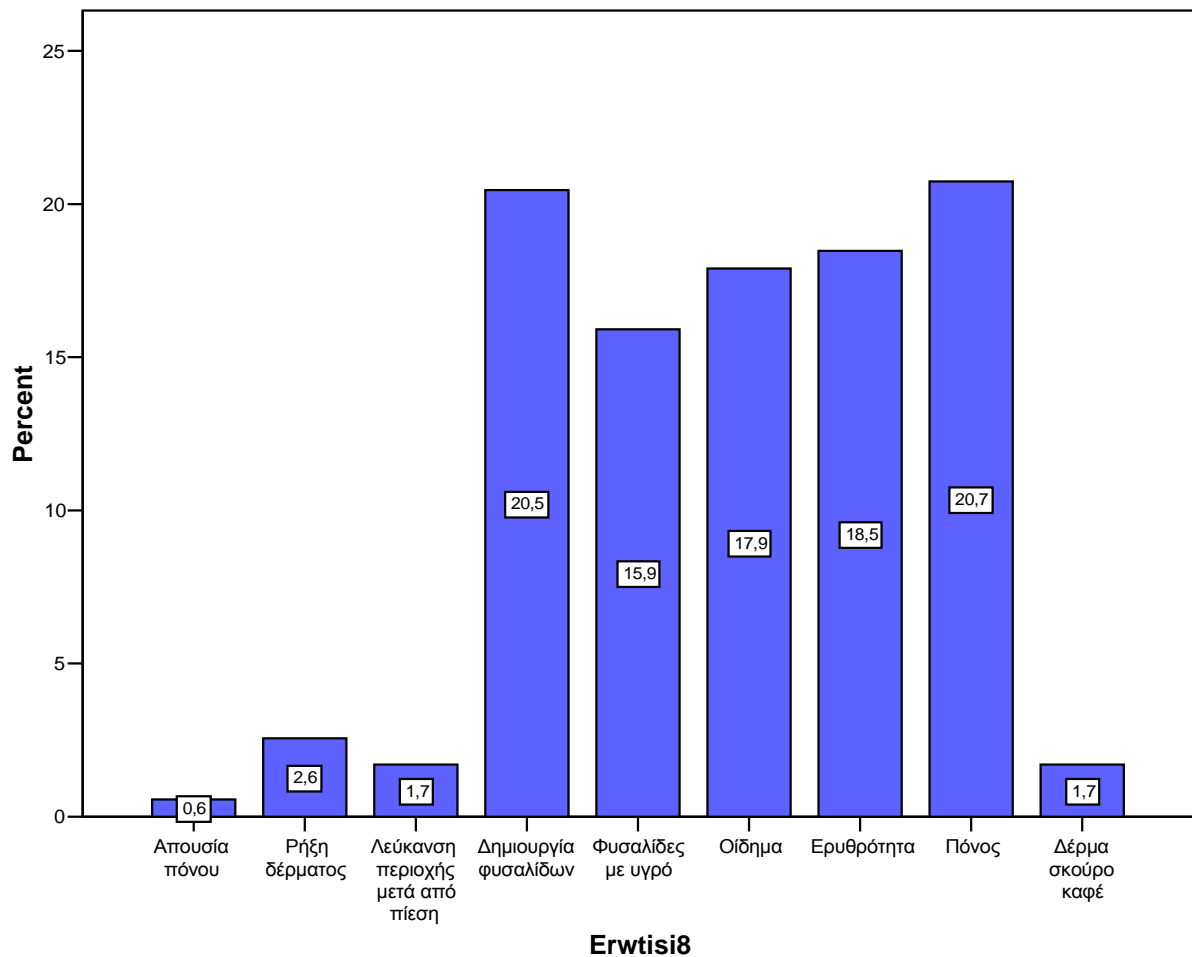
Το 51,19% των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν έχει αντιμετωπίσει περιστατικά εγκαυματικής νόσου, με το υπόλοιπο 48,81 να δηλώνει θετικά.

Γράφημα 7: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά Α' βαθμού εγκαύματος;



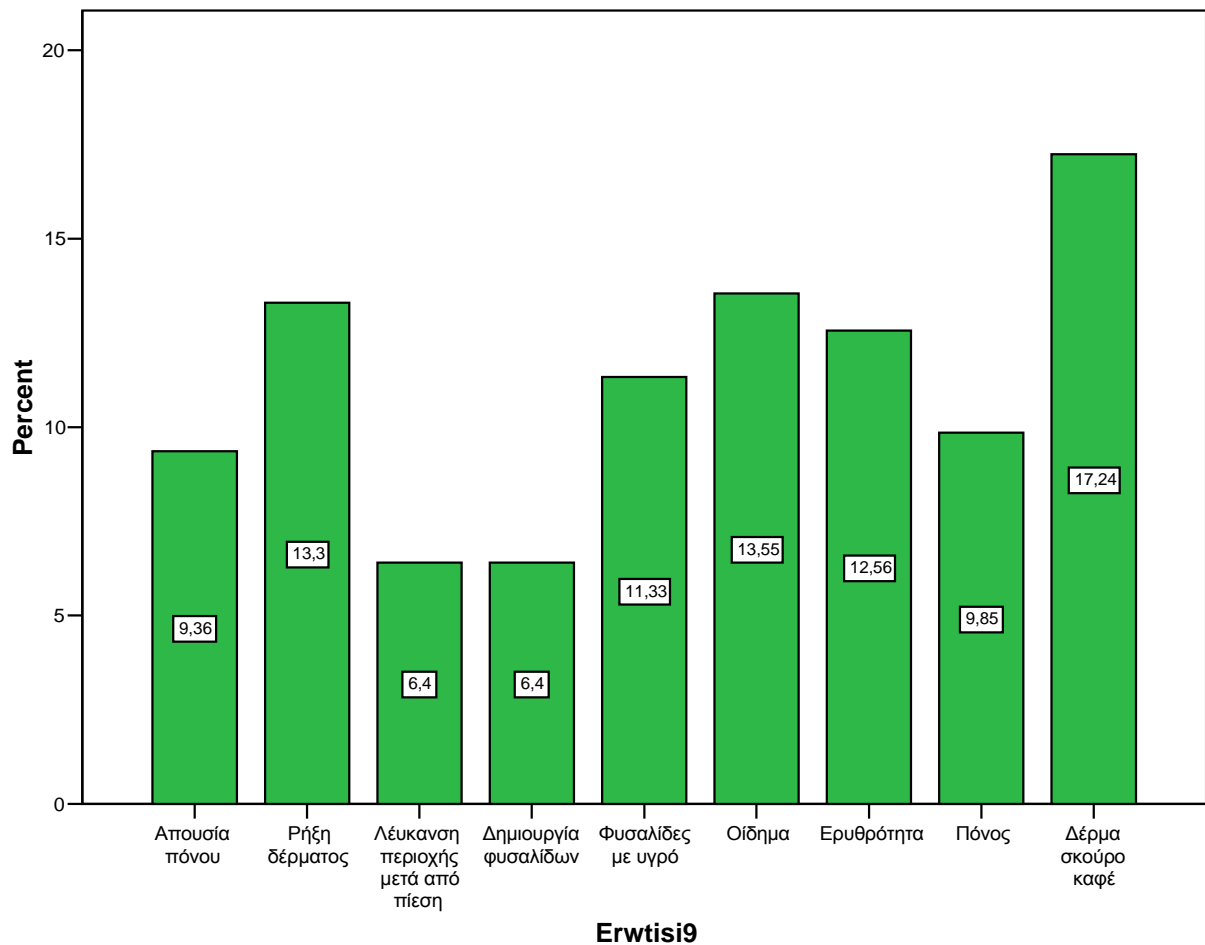
Η ερυθρότητα , ο πόνος και το οίδημα φαίνεται να έχουν την πρωτιά μεταξύ των κυριότερων χαρακτηριστικών εγκαύματος Α βαθμού σε ποσοστά 27,3%, 21% και 17,7% αντίστοιχα ακολουθούν όμως και η απουσία πόνου (9,2%) δημιουργία φουσαλίδων (8,5%) φουσαλίδες με υγρό 7% και ρήξη δέρματος 5,9%.

Γράφημα 8: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά Β' βαθμού εγκαύματος;



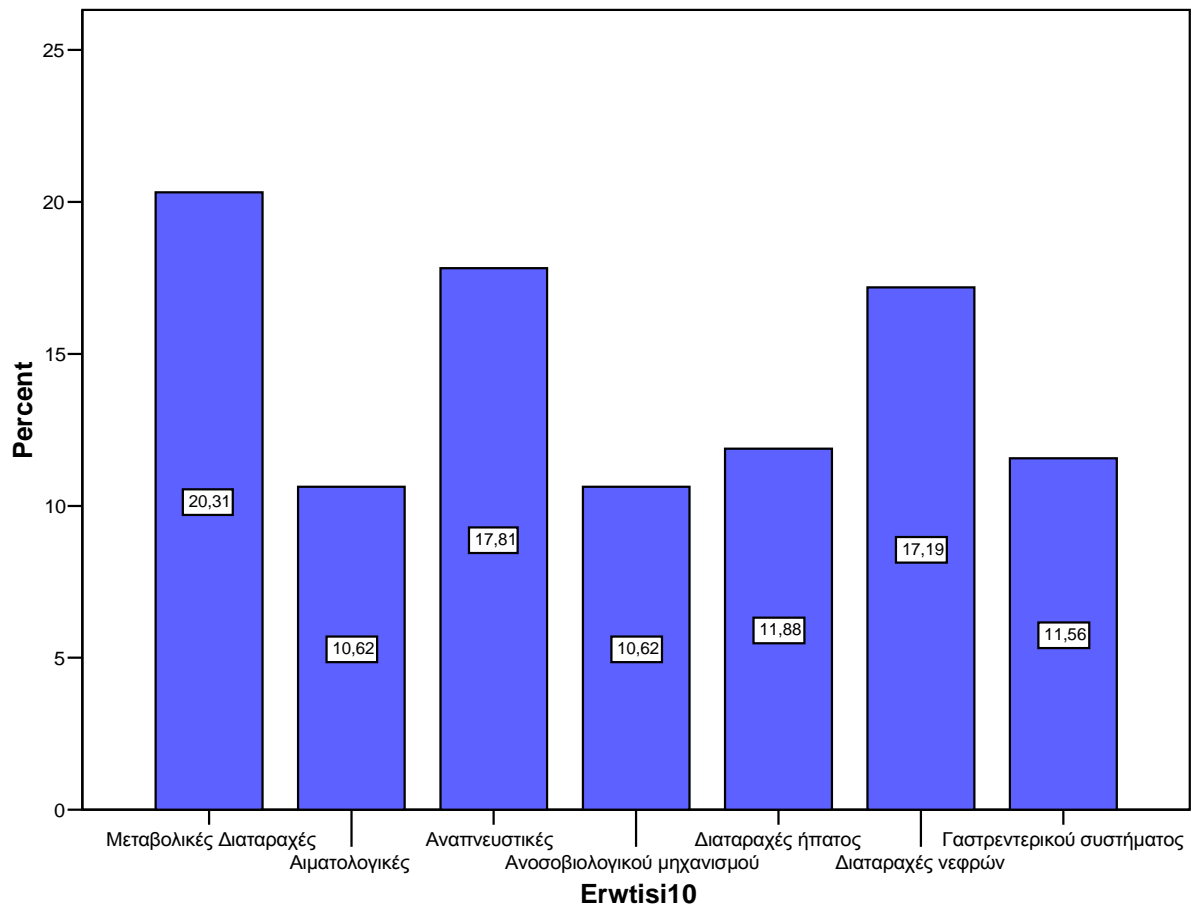
Σχετικά με τα χαρακτηριστικά Β βαθμού εγκαύματος ο πόνος(20,7%) η δημιουργία φουσαλίδων (20,5%), η ερυθρότητα (18,5%), το οίδημα (17,9%) και οι φουσαλίδες με υγρό (15,9) δηλώνονται κυρίως.

Γράφημα 9: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά Γ' βαθμού εγκαύματος;



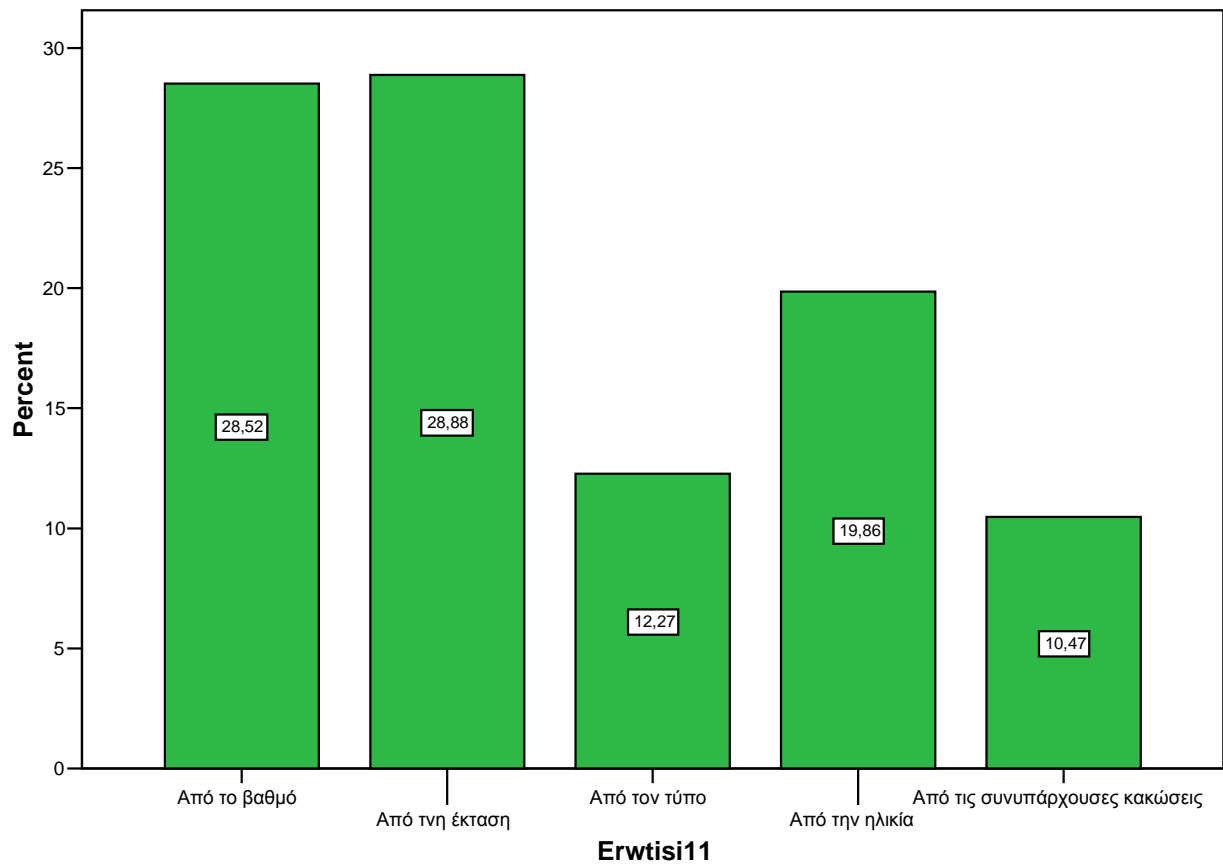
Σχετικά με τα χαρακτηριστικά Γ βαθμού εγκαυμάτων το σκούρο καφέ δέρμα έρχεται πρώτο σε ποσοστό 17,24% ακολουθεί το οίδημα (13,55%) η ρήξη δέρματος 13,3%, η ερυθρότητα 12,56%, οι φυσαλίδες με υγρό 11,33%, η απουσία πόνου 9,36%.

Γράφημα: 10 Ποιες οι πιθανές διαταραχές του οργανισμού μετά από εκτεταμένο τραύμα;



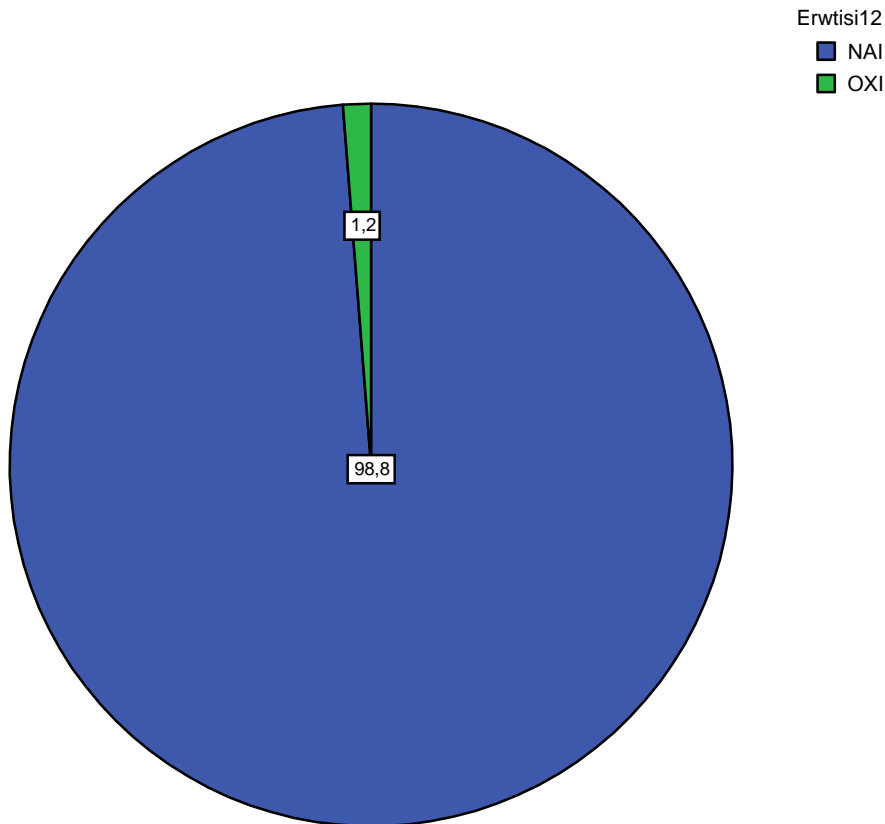
Ως διαταραχές του οργανισμού μετά από εκτεταμένο τραύμα πρώτα έρχονται οι μεταβολικές διαταραχές (20,31%), ακολουθούν οι αναπνευστικές με 17,81%, οι διαταραχές νεφρών (17,19%), και ήπατος 11,88% και 10,62% ισόποσα οι αιματολογικές και ανοσοβιολογικές.

Γράφημα 11: Από τι χαρακτηρίζεται η σοβαρότητα ενός εγκαύματος;



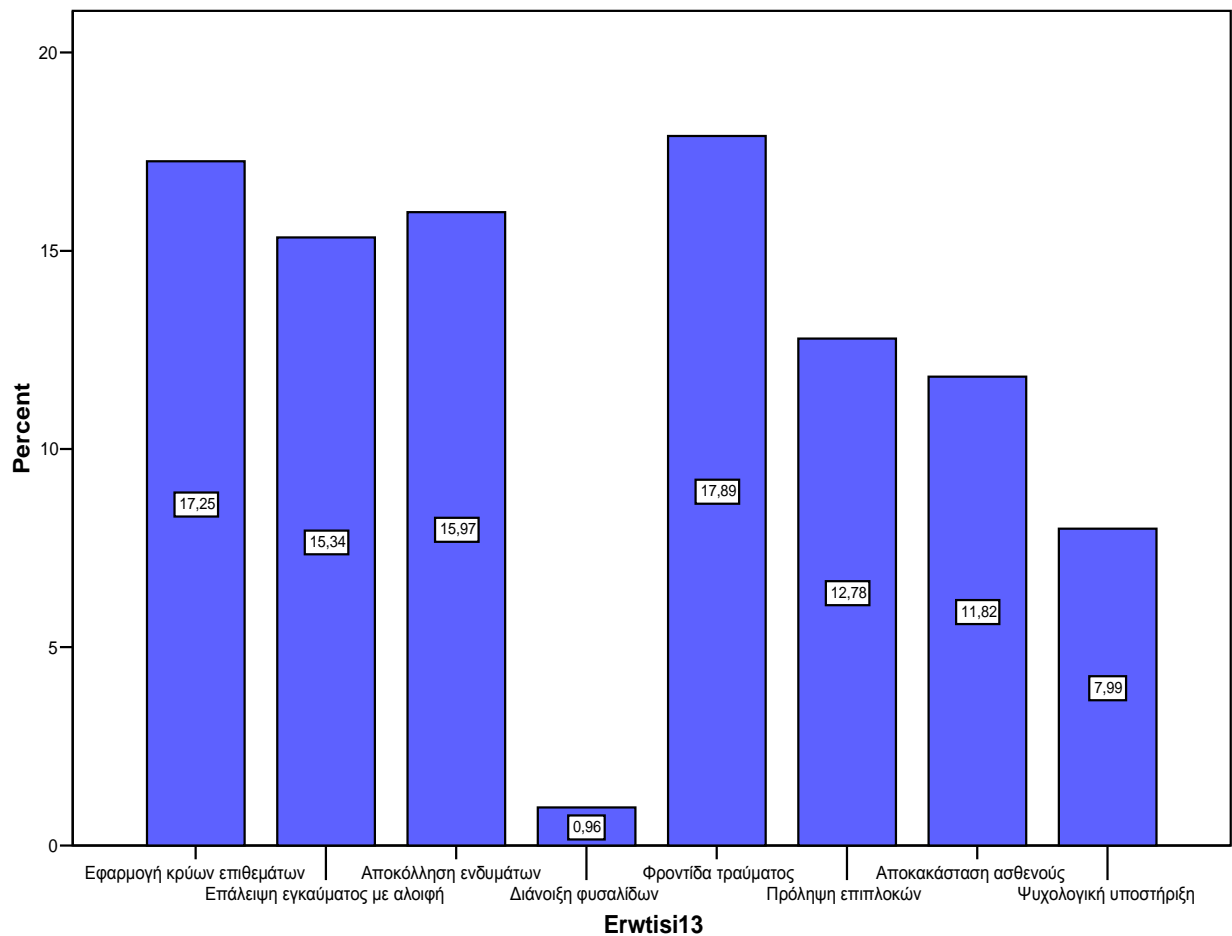
Η σοβαρότητα ενός εγκαύματος χαρακτηρίζεται κυρίως από την έκταση και το βαθμό απαντούν το 28,88% και το 28,52% αντίστοιχα, ακολουθεί η ηλικία σε ποσοστό 19,86%, ο τύπος 12,27% και οι υπάρχουσες κακώσεις 10,47%.

Γράφημα 12: Η έκταση του εγκαύματος υπολογίζεται με τον κανόνα των 9 (wallance);



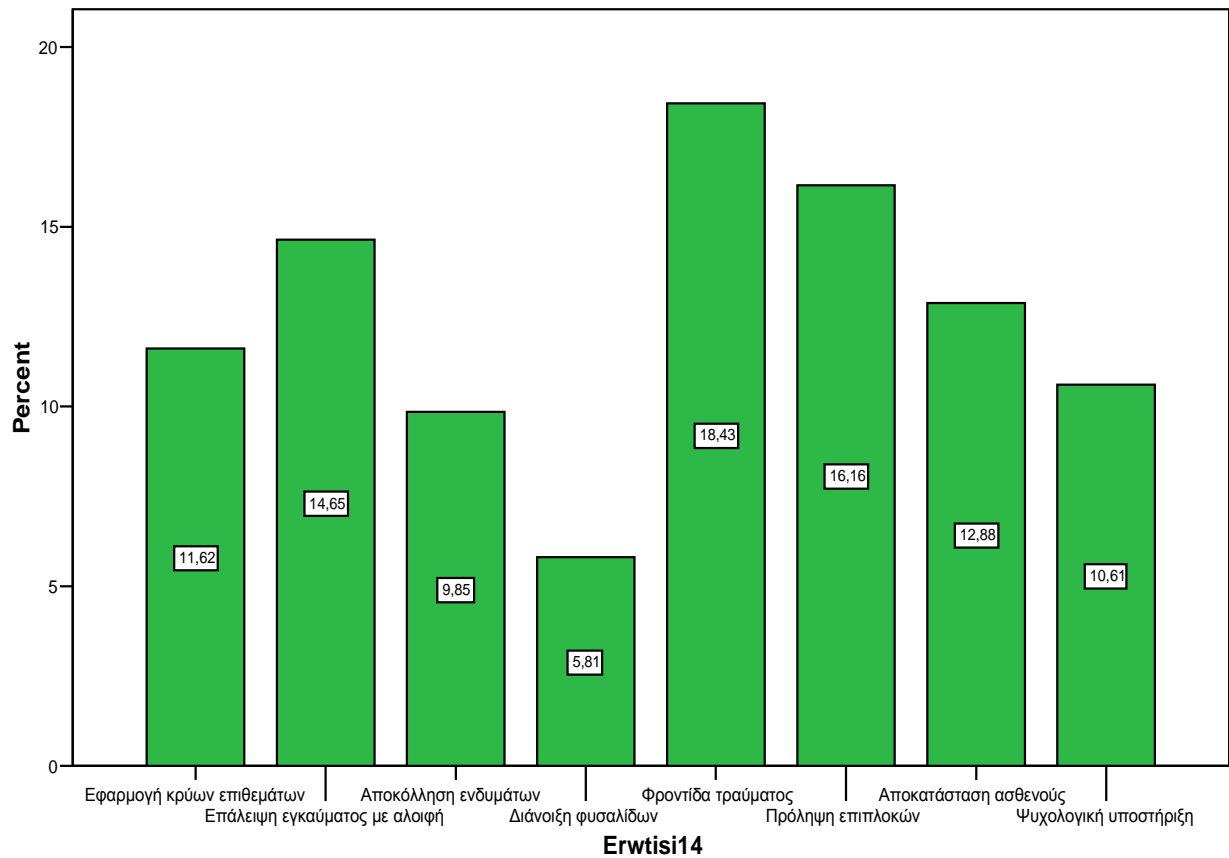
Σχεδόν όλοι οι Νοσηλευτές συμφωνούν ότι η έκταση του εγκαύματος υπολογίζεται με τον κανόνα των 9 (wallance) ποσοστό 98,8%.

Γράφημα 13: Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Α' βαθμού περιλαμβάνει:



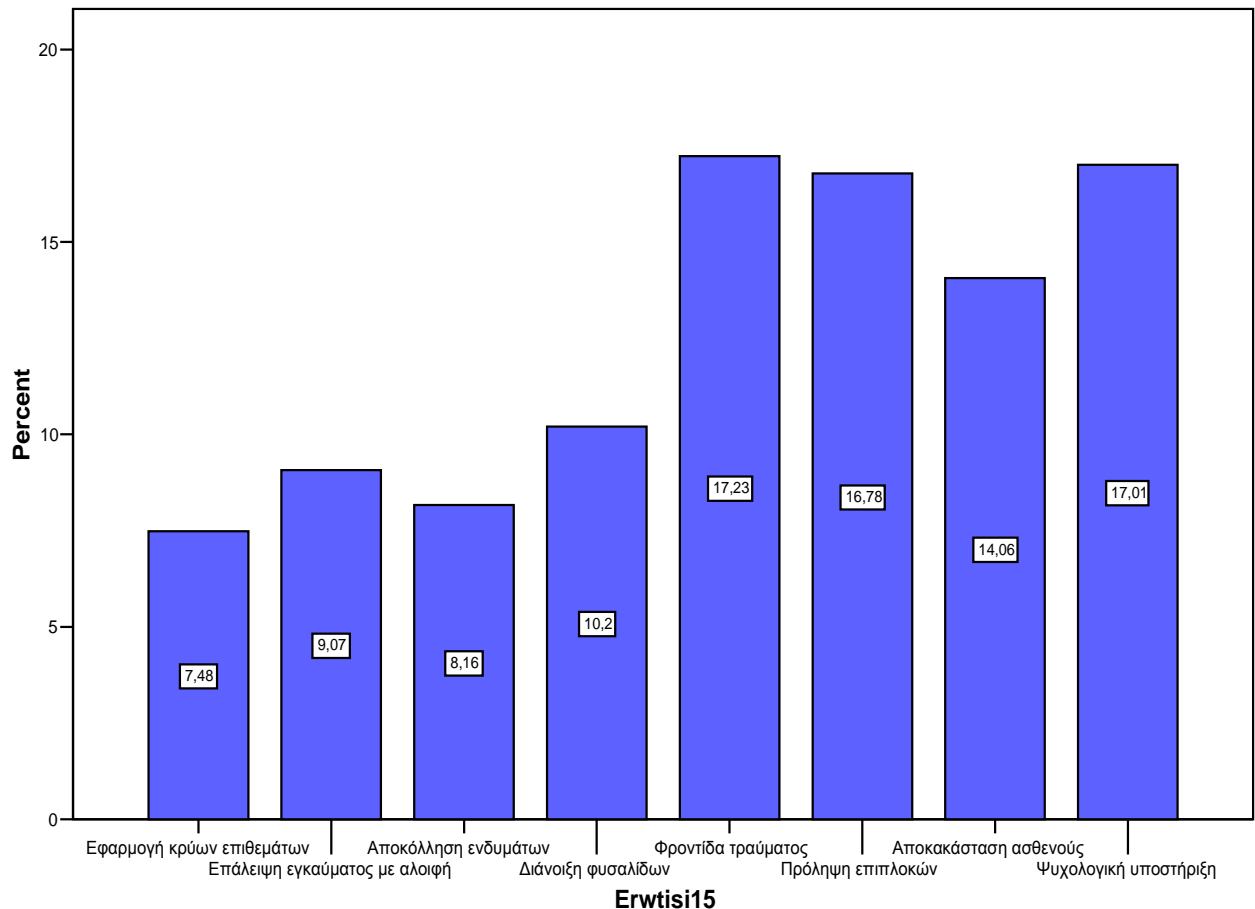
Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Α' βαθμού περιλαμβάνει φροντίδα τραύματος αναφέρει το 17,89%, εφαρμογή κρύων επιθεμάτων το 17,25%, αποκόλληση ενδυμάτων 15,97%, επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή 15,34%, πρόληψη επιπλοκών 12,78%, αποκατάσταση ασθενούς 11,82% και ψυχολογική υποστήριξη 7,99%.

Γράφημα 14: Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Β' βαθμού περιλαμβάνει:



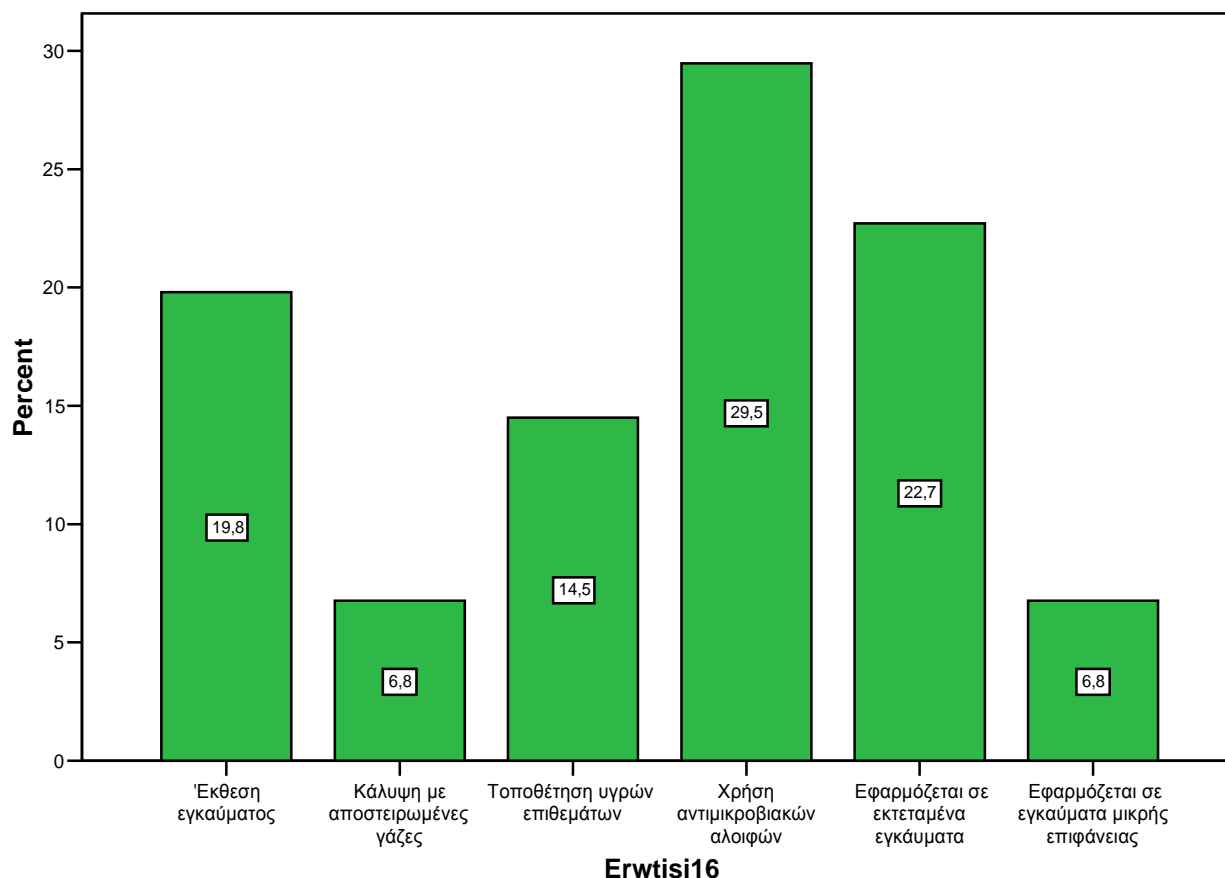
Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Β βαθμού περιλαμβάνει κυρίως φροντίδα τραύματος αναφέρει το 18,43%, πρόληψη επιπλοκών 16,16%, επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή 14,65%, αποκατάσταση ασθενούς 12,88%, εφαρμογή κρύων επιθεμάτων 11,62%.

Γράφημα 15: Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Γ' βαθμού περιλαμβάνει:



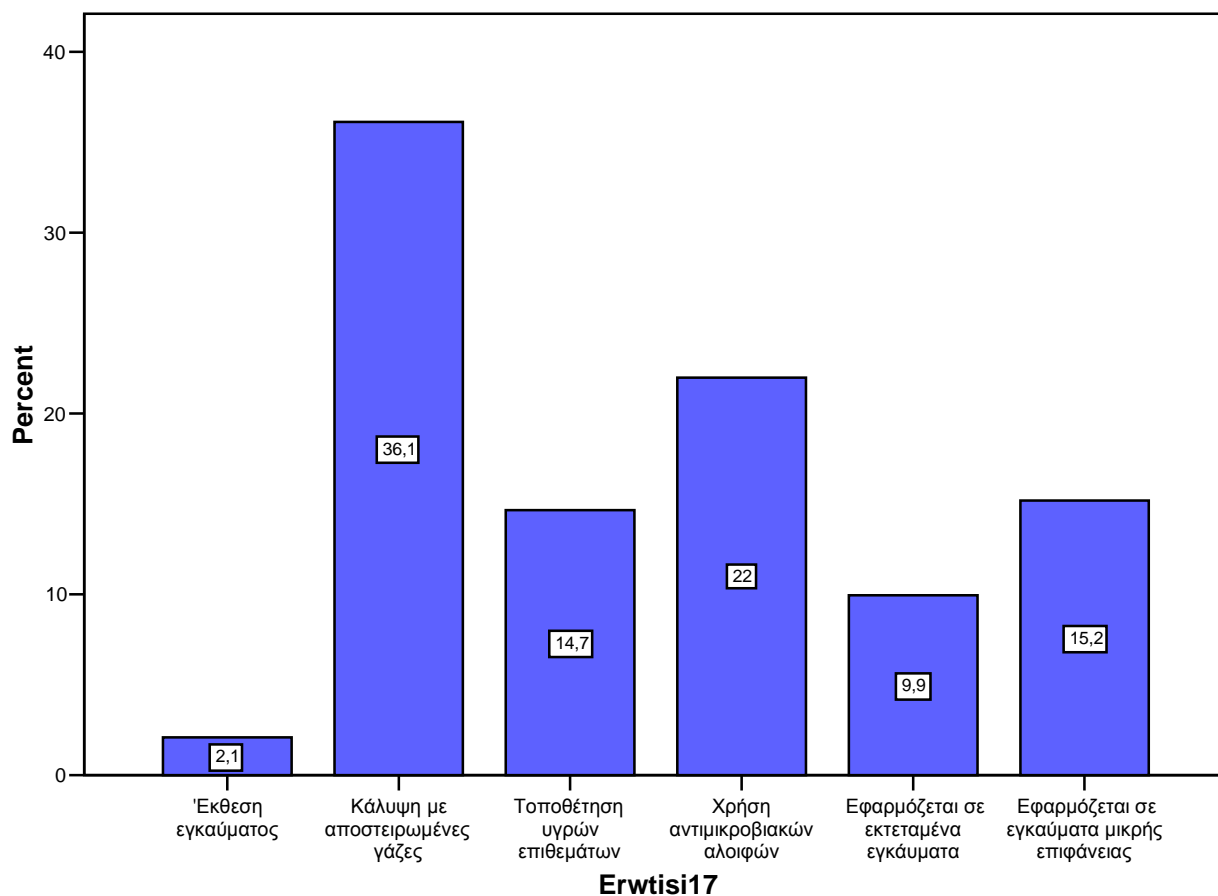
Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Γ βαθμού περιλαμβάνει κυρίως φροντίδα τραύματος αναφέρει το 17,23%, ψυχολογική υποστήριξη το 17,01%, πρόληψη επιπλοκών το 16,78%, αποκατάσταση ασθενούς το 14,06%, διάνοιξη φυσαλίδων το 10,2%.

Γράφημα 16: Ποια τα κύρια χαρακτηριστικά της ανοιχτής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος;



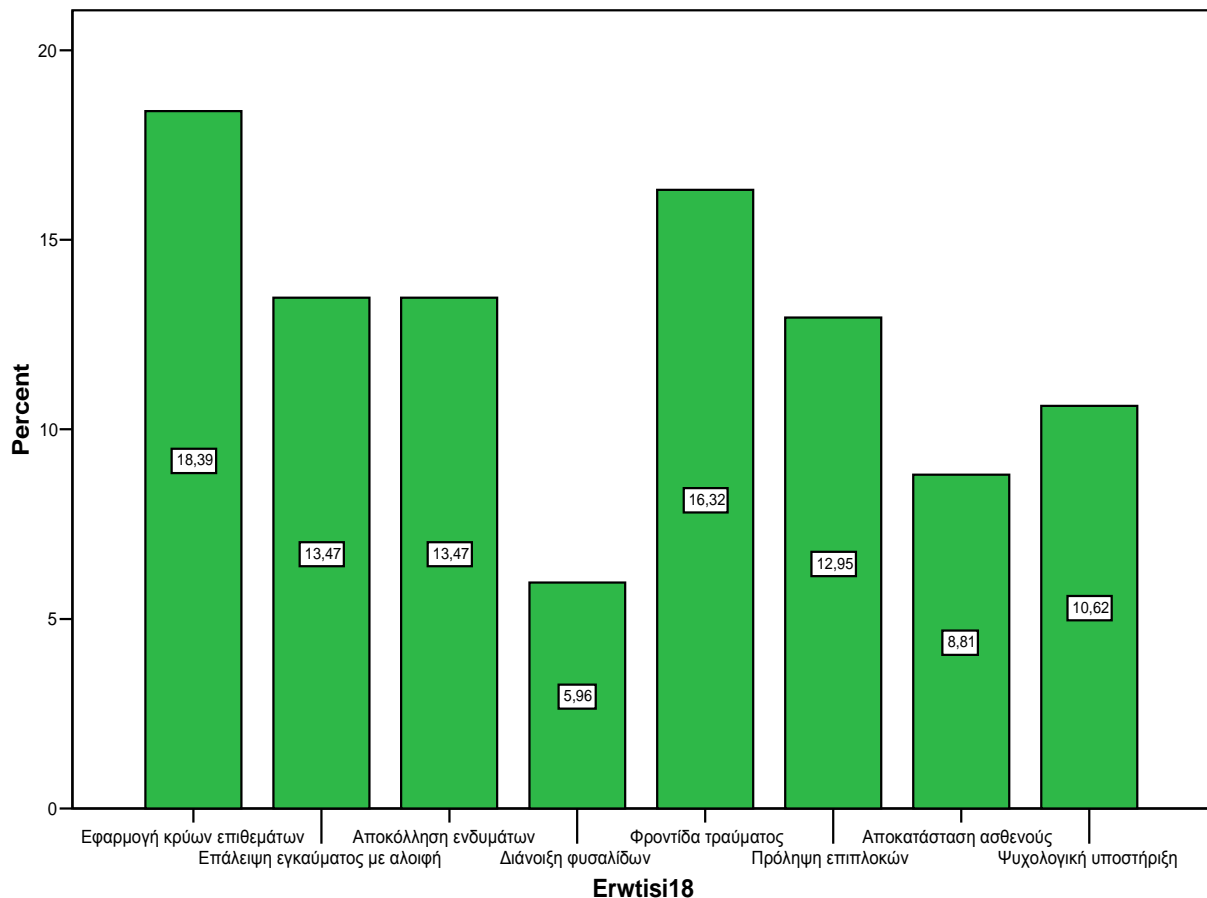
Ως κύρια χαρακτηριστικά της ανοιχτής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος αναφέρεται κυρίως η χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών σε ποσοστό 29,5%, έχει εφαρμογή σε εκτεταμένα εγκαύματα αναφέρει το 22,7%, ως η έκθεση του εγκαύματος αναφέρεται από το 19,8%, η τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων αναφέρεται από το 14,5%.

Γράφημα 17: Ποια τα κύρια χαρακτηριστικά της κλειστής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος;



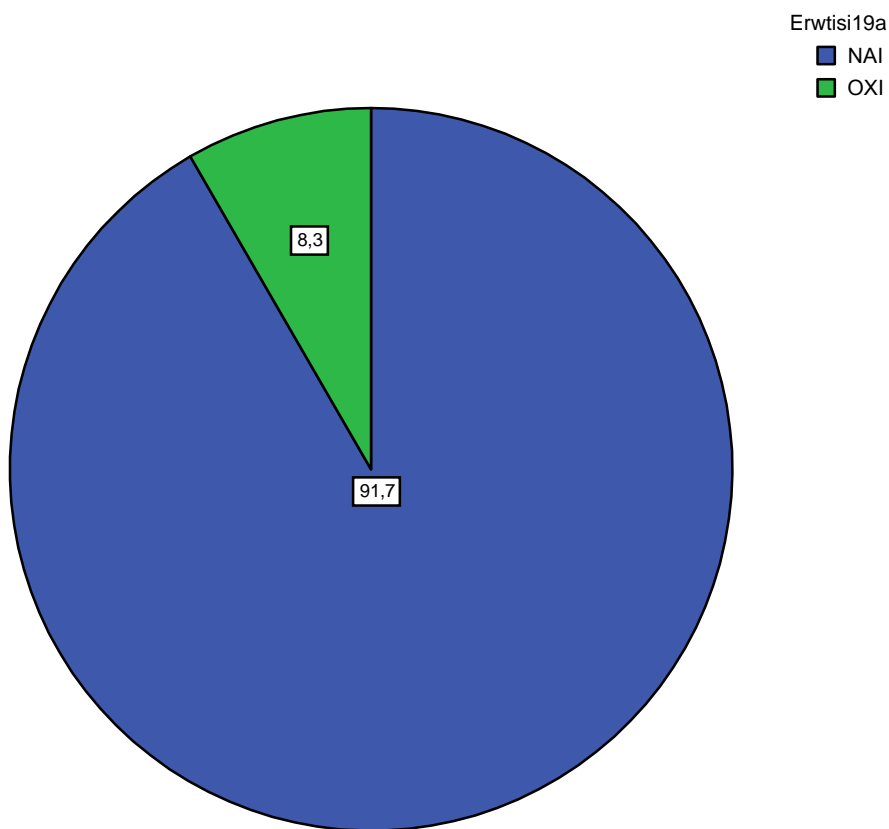
Ως κύρια χαρακτηριστικά της κλειστής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος αναφέρεται κυρίως η κάλυψη με αποστειρωμένη γάζα 36,1%, η χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών 22%, εφαρμόζεται σε εγκαύματα μικρής επιφάνειας αναφέρει το 15,2%, η τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων αναφέρεται από το 14,7%.

Γράφημα 18: Ποιες οι απαιτούμενες ενέργειες για την παροχή Α' βοηθειών σε εγκαύματα;



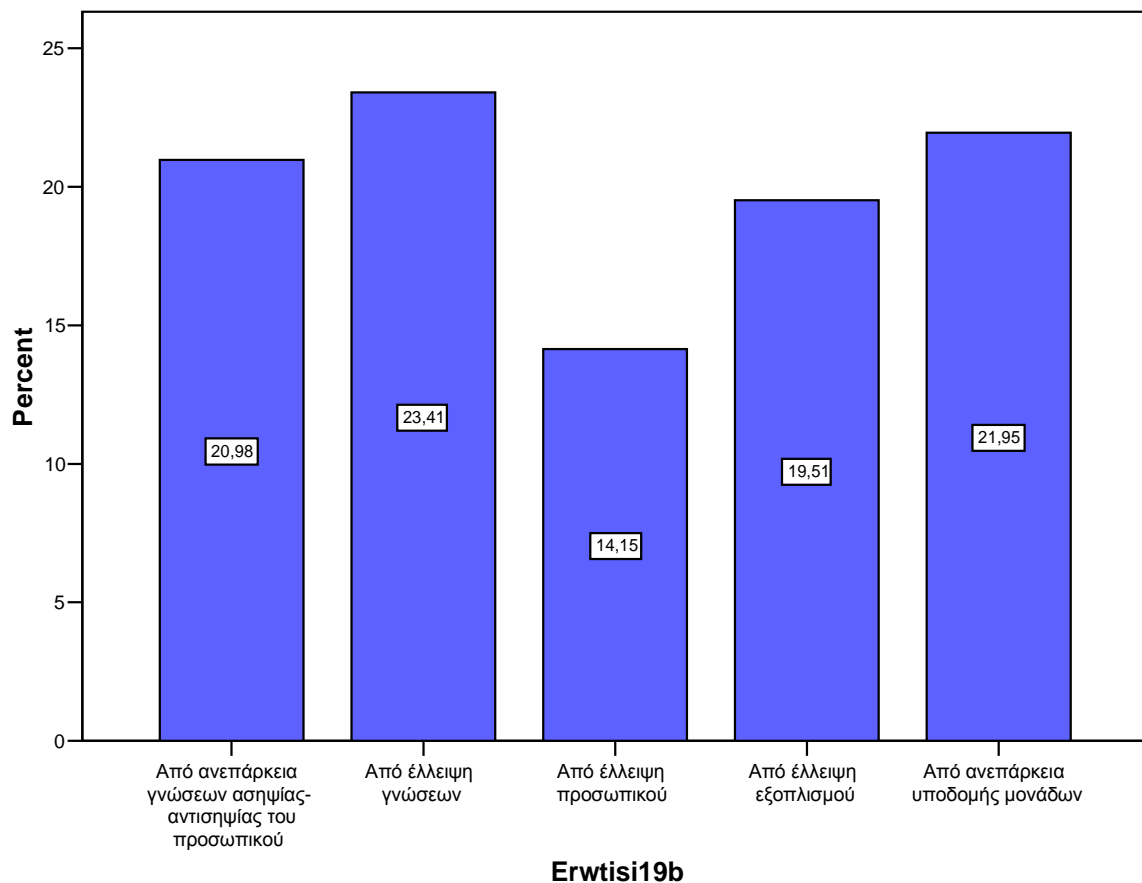
Ως απαιτούμενες ενέργειες για την παροχή Α' βοηθειών σε εγκαύματα αναφέρεται κυρίως, η εφαρμογή κρύων επιθεμάτων (18,39%), η φροντίδα τραύματος 16,32%, η αποκόλληση ενδυμάτων και η επάλειψη με αλοιφή ισόποσα με 13,47%, η πρόληψη επιπλοκών 12,95%.

Γράφημα 19a: Η εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης στους μετεγκαυματίες είναι συχνή κατά την νοσηλεία των ασθενών;



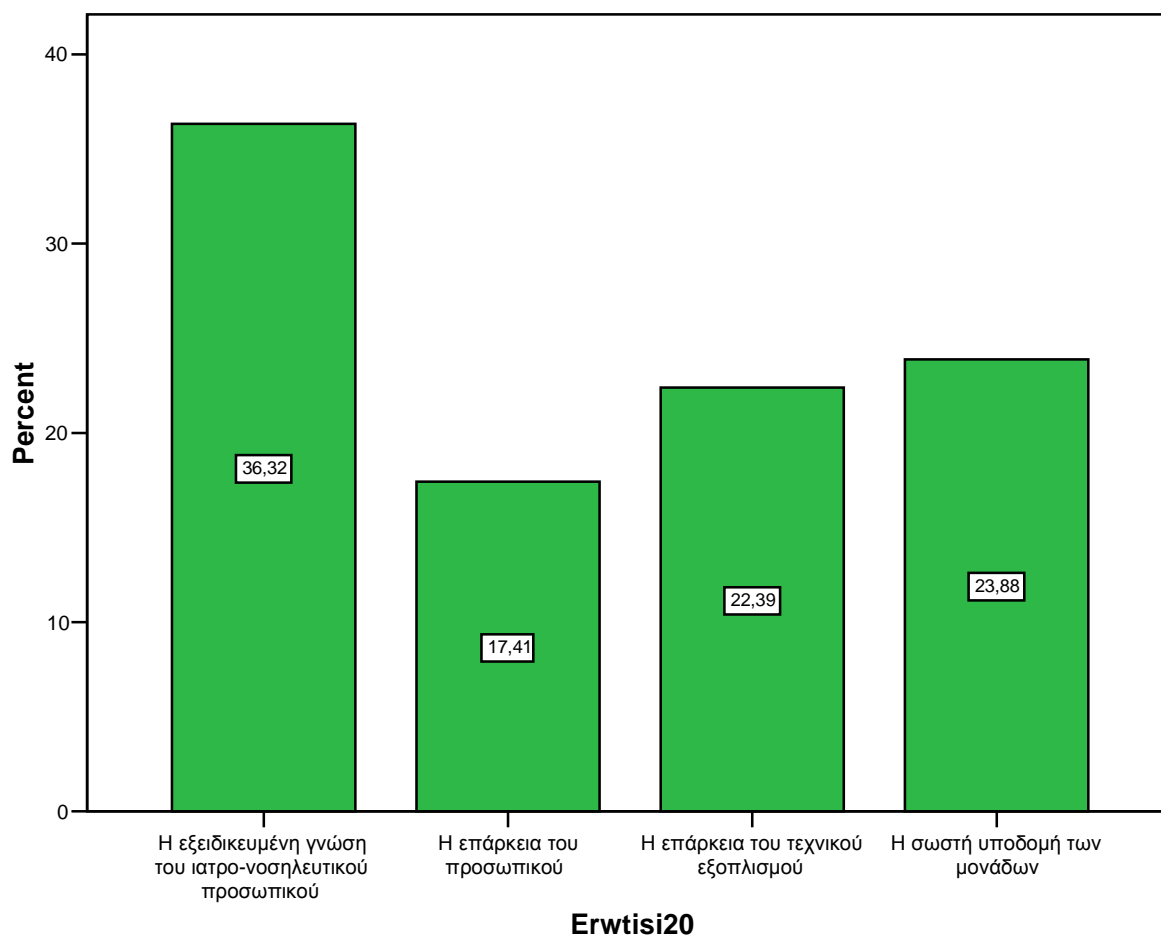
Η συντριπτική πλειοψηφία των Νοσηλευτών (91,7%) υποστηρίζουν ότι εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης στους μετεγκαυματίες είναι συχνή κατά την νοσηλεία τους.

Γράφημα 19b: Αν ναι, γιατί;



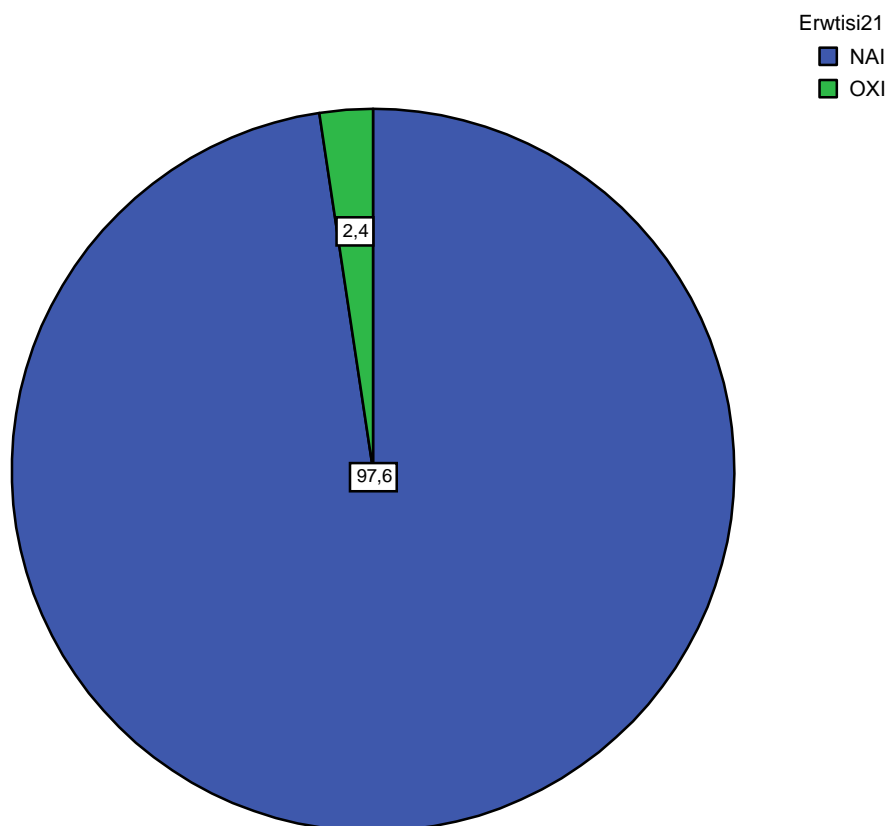
Από τους Νοσηλευτές που απάντησαν ότι εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης στους μετεγκαυματίες είναι συχνή κατά την νοσηλεία τους, το 23,41% εξ αυτών υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει από έλλειψη γνώσεων, το 21,95% από ανεπάρκεια υποδομής, το 20,98% από ανεπάρκεια γνώσεων ασηψίας – αντισηψίας του προσωπικού, το 19,51% από έλλειψη εξοπλισμού και το 14,15% από έλλειψη προσωπικού.

Γράφημα 20: Στη μείωση των επιπλοκών λοίμωξης από εγκαύματα πιστεύετε ότι θα βοηθούσε:



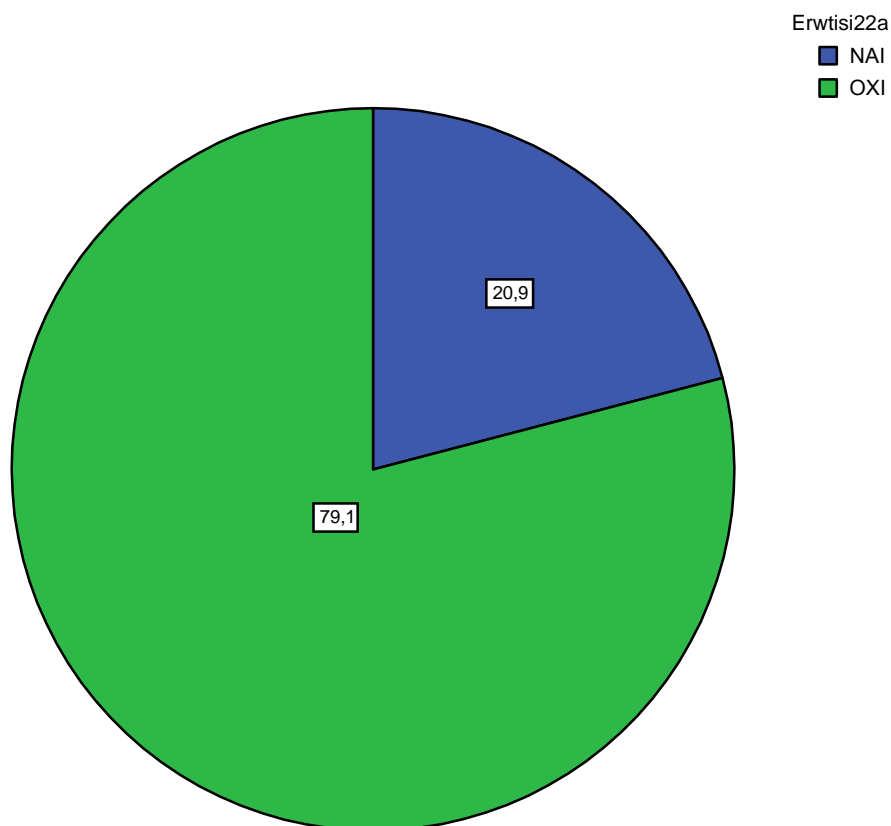
Η εξειδικευμένη γνώση του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού θα συνέβαλε στη μείωση των επιπλοκών λοίμωξης από εγκαύματα πιστεύει το 36,22%, η σωστή υποδομή των μονάδων το 23,88%, η επάρκεια του τεχνικού εξοπλισμού το 22,39%, η επάρκεια του προσωπικού το 17,41%.

Γράφημα 21: Θεωρείτε απαραίτητη την ύπαρξη μονάδων εγκαυμάτων;



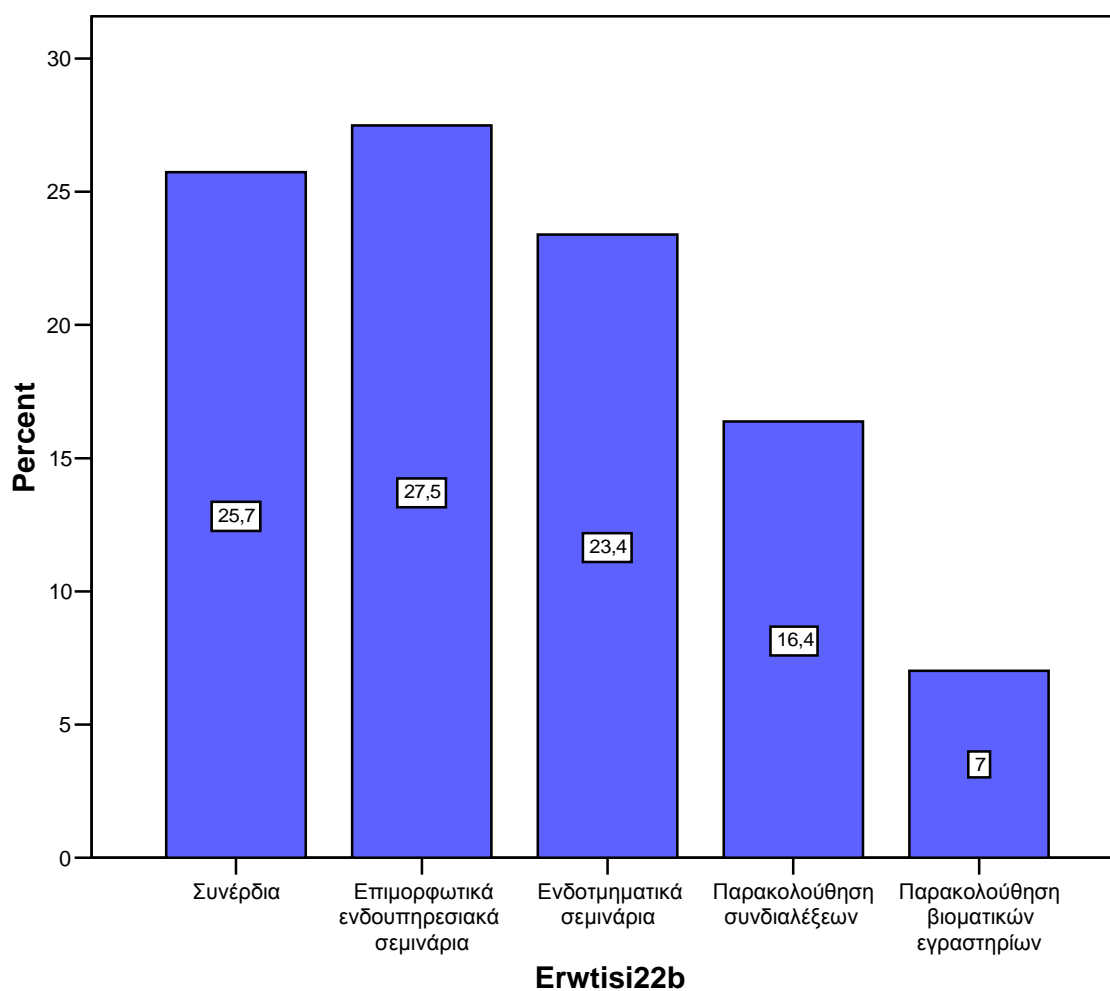
Απαραίτητη την ύπαρξη μονάδων εγκαυμάτων θεωρούν σχεδόν όλοι οι Νοσηλευτές σε ποσοστό 97,6%.

Γράφημα 22a Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας για την φροντίδα των εγκαυμάτων;



Το 79,1% δεν θεωρεί ικανοποιητικές τις γνώσεις του για την φροντίδα των εγκαυμάτων.

Γράφημα 22b Αν όχι, με ποίο τρόπο θα θέλατε να επιμορφωθείτε;



Από όσους απάντησαν ότι δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους για την φροντίδα των εγκαυμάτων το 27,5% επιθυμούν να επιμορφωθούν με ενδοϋπηρεσιακά σεμινάρια, το 25,7% με συνέδρια, το 23,4% με ενδοτμηματικά σεμινάρια, το 16,4% με παρακολούθηση συνδιαλέξεων και το 7% με βιοματικά εργαστήρια.

11.3 Διμεταβλητή ανάλυση δεδομένων

Από τη μονομεταβλητή ανάλυση προκύπτει ανάγκη επιμόρφωσης σημαντικού ποσοστού των Νοσηλευτών του δείγματος σχετικά με την εγκαυματική νόσο. Συνεπώς επιλέγεται να γίνει διμεταβλητή ανάλυση, προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο διαφοροποιείται αυτή η αναγκαιότητα σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των Νοσηλευτών, (απόφοιτοι ΔΕ, ΤΕΙ, ΑΕΙ, Μεταπτυχιακά κ.λ.π.). Για το λόγο αυτό επικεντρωθήκαμε στις εξής ερωτήσεις:

Ερώτηση 7: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του Α βαθμού εγκαύματος?

	Απουσία πόνου	Ρήξη δέρματος	Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση	Δημιουργία φυσαλίδων	Φυσαλίδες με υγρό	Οίδημα	Ερυθρότητα	Πόνος	Δέρμα σκούρο καφέ	Σύνολο
Διδακτορικό	0	0	0	2	2	2	3	3	0	12
Master	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3
ΑΕΙ	0	0	0	4	3	7	10	9	0	33
ΑΤΕΙ	16	9	1	7	6	15	28	20	2	104
ΔΕ	9	8	5	9	8	20	28	23	1	111
Σύνολο	25	17	6	22	19	45	70	56	3	263
Χ2	25.0	Βαθμολογία Ελευθερίας	32			p=0.808				

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 8: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ΈΒ βαθμού εγκαύματος?

	Απουσία πόνου	Ρήξη δέρματος	Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση	Δημιουργία φυσαλίδων	Φυσαλίδες με υγρό	Οίδημα	Ερυθρότητα	Πόνος	Δέρμα σκούρο καφέ	Σύνολο
Διδακτορικό	0	0	1	3	2	2	2	3	0	13
Master	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4
ΑΕΙ	0	0	1	9	9	8	8	8	2	45
ΑΤΕΙ	0	6	2	29	18	25	28	29	2	139
ΔΕ	2	3	2	27	25	25	23	29	1	137
Σύνολο	2	9	6	69	55	60	61	70	6	338
Χ²	28.4	Βαθμολογία Ελευθερίας	32			p=0.651				

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 9: Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ΈΓ βαθμού εγκαύματος?

	Απουσία πόνου	Ρήξη δέρματος	Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση	Δημιουργία φυσαλίδων	Φυσαλίδες με υγρό	Οίδημα	Ερυθρότητα	Πόνος	Δέρμα ασκούρο καφέ	Σύνολο
Διδακτορικό	2	2	2	2	3	3	3	3	2	22
Master	0	1	0	0	0	1	0	1	1	4
ΑΕΙ	8	7	5	6	6	7	5	6	6	56
ΑΤΕΙ	11	21	8	7	20	25	19	11	27	149
ΔΕ	17	22	11	11	14	18	19	15	30	157
Σύνολο	38	53	26	26	43	54	46	36	66	388
Χ²	17.4	Βαθμολογία Ελευθερίας	32			p=0.983				

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 11: Από τι χαρακτηρίζεται η σοβαρότητα ενός εγκαύματος ?

	Από τον βαθμό	Από την έκταση	Από τον τύπο	Από την ηλικία	Από συνυπάρχουσες κακώσεις	Σύνολο
Διδακτορικό	3	3	1	2	2	11
Master	1	1	0	0	0	2
ΑΕΙ	10	10	6	6	7	39
ΑΤΕΙ	33	33	11	23	10	110
ΔΕ	29	29	15	21	11	105
Σύνολο	76	76	33	52	30	267
Χ2	6.19	Βαθμοί Ελευθερίας	16			p =0.986

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$

11.4 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Από την επεξεργασία την στατιστική ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων του ερωτηματολογίου προκύπτουν τα εξής:

11.4.1 Δημογραφικά στοιχεία:

Οι **γυναίκες υπερέχουν** των ανδρών με ποσοστά 78,8% έναντι 21,2% των γυναικών αντίστοιχα

Υπερέχουν οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ (42,4%) και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΔΕ (37,6%). Μόλις το 11,8% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ελάχιστοι έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή διδακτορικό

Το σημαντικότερο ποσοστό των Νοσηλευτών (36,5%) εργάζονται **λιγότερο από 5 χρόνια**, ακολουθούν όσοι εργάζονται **πάνω από 15 χρόνια** με ποσοστό 27,1%, 5-9 χρόνια ποσοστό 18,8% και 16,5% 10 -15 χρόνια.

Οι **περισσότεροι δεν έχουν** κάποια **ειδικότητα** Νοσηλευτικής (ποσοστό 72,9%).

Από όσους που απάντησαν ότι έχουν κάποια Νοσηλευτική ειδικότητα η **Παθολογική ειδικότητα** έρχεται **πρώτη** με ποσοστό 30,43%, ακολουθεί η Χειρουργική με 17,39% με ισόποσες τις Παιδιατρική και Ψυχιατρική σε ποσοστό 13,4% αντίστοιχα.

11.4.2 Γνώσεις των Νοσηλευτών σχετικά με την εγκαυματική νόσο:

Οι **περισσότεροι** σε ποσοστό 64% δηλώνουν ότι **δεν έλαβαν εξειδικευμένη γνώση** σχετικά με την εγκαυματική νόσο.

Από αυτούς που απάντησαν ότι έλαβαν εξειδικευμένη γνώση, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι την **έλαβε κατά την βασική του εκπαίδευση** (ποσοστό

45,8%), ακολουθούν όσοι δηλώνουν ότι έλαβαν εξειδικευμένη γνώση από ημερίδες (20,8%) και ακολουθούν τα σεμινάρια και η ειδικότητα με ποσοστά 10,4% αντίστοιχα.

Από **όσους** απάντησαν ότι **δεν έχουν λάβει** εξειδικευμένη γνώση, οι περισσότεροι σε ποσοστό 50,9% **θεωρούν ότι η εξειδικευμένη γνώση θα βελτίωνε** πάρα πολύ **την ικανότητά τους** στην αντιμετώπιση αρρώστων με εγκαυματική νόσο. Επίσης θα την βελτίωνε πολύ θεωρεί το 29,1% και σε κάποιο βαθμό το 20%.

Το 51,19% των ερωτώμενων δηλώνει ότι δεν έχει αντιμετωπίσει περιστατικά εγκαυματικής νόσου, με το υπόλοιπο 48,81 να δηλώνει θετικά

Η **ερυθρότητα**, ο **πόνος** και το **οίδημα** φαίνεται να έχουν την πρωτιά μεταξύ των κυριότερων χαρακτηριστικών εγκαύματος **A βαθμού** σε ποσοστά 27,3%, 21% και 17,7% αντίστοιχα, ακολουθούν όμως και η **απουσία πόνου** (9,2%), **δημιουργία φυσαλίδων** (8,5%), **φυσαλίδες με υγρό** 7% και **ρήξη δέρματος** 5,9%.

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά **B βαθμού** εγκαύματος ο **πόνος**(20,7%) η **δημιουργία φυσαλίδων** (20,5%), η **ερυθρότητα** (18,5%), το **οίδημα** (17,9%) και οι **φυσαλίδες με υγρό** (15,9) δηλώνονται κυρίως.

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά **Γ βαθμού** εγκαυμάτων το σκούρο **καφέ δέρμα** έρχεται πρώτο σε ποσοστό 17,24% ακολουθεί το **οίδημα** (13,55%) η **ρήξη δέρματος** 13,3%, η **ερυθρότητα** 12,56%, οι **φυσαλίδες με υγρό** 11,33%, η **απουσία πόνου** 9,36%.

Ως **διαταραχές του οργανισμού** μετά από εκτεταμένο τραύμα πρώτα έρχονται οι **μεταβολικές διαταραχές** (20,31%), ακολουθούν οι αναπνευστικές με 17,81%, οι διαταραχές νεφρών (17,19%), και ήπατος 11,88% και 10,62% ισόποσα οι αιματολογικές και ανοσοβιολογικές.

Η **σοβαρότητα ενός εγκαύματος** χαρακτηρίζεται κυρίως από την **έκταση** και το **βαθμό** απαντούν το 28,88% και το 28,52% αντίστοιχα, ακολουθεί η **ηλικία** σε ποσοστό 19,86%, ο **τύπος** 12,27% και οι υπάρχουσες κακώσεις 10,47%.

Σχεδόν όλοι οι Νοσηλευτές συμφωνούν ότι η **έκταση του εγκαύματος υπολογίζεται με τον κανόνα των 9** (wallance) ποσοστό 98,8%.

Η **νοσηλευτική παρέμβαση** σε έγκαυμα **A' βαθμού** περιλαμβάνει **φροντίδα τραύματος** αναφέρει το 17,89%, **εφαρμογή κρύων επιθεμάτων** το 17,25%,

αποκόλληση ενδυμάτων 15,97%, **επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή** 15,34%, **πρόληψη επιπλοκών** 12,78%, **αποκατάσταση ασθενούς** 11,82% και **ψυχολογική υποστήριξη** 7,99%.

Η **νοσηλευτική παρέμβαση** σε έγκαυμα **B βαθμού** περιλαμβάνει κυρίως **φροντίδα τραύματος** αναφέρει το 18,43%, **πρόληψη επιπλοκών** 16,16%, **επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή** 14,65%, **αποκατάσταση ασθενούς** 12,88%, **εφαρμογή κρύων επιθεμάτων** 11,62%.

Η **νοσηλευτική παρέμβαση** σε έγκαυμα **Γ βαθμού** περιλαμβάνει κυρίως **φροντίδα τραύματος** αναφέρει το 17,23%, **ψυχολογική υποστήριξη** το 17,01%, **πρόληψη επιπλοκών** το 16,78%, **αποκατάσταση ασθενούς** το 14,06%, **διάνοιξη φυσαλίδων** το 10,2%.

Ως **κύρια χαρακτηριστικά της ανοιχτής μεθόδου** αντιμετώπισης εγκαύματος αναφέρεται κυρίως η **χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών** σε ποσοστό 29,5%, έχει εφαρμογή σε εκτεταμένα εγκαύματα αναφέρει το 22,7%, ως η έκθεση του εγκαύματος αναφέρεται από το 19,8%, η τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων αναφέρεται από το 14,5%.

Ως **κύρια χαρακτηριστικά της κλειστής μεθόδου** αντιμετώπισης εγκαύματος αναφέρεται κυρίως η **κάλυψη με αποστειρωμένη γάζα** 36,1%, η **χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών** 22%, εφαρμόζεται σε εγκαύματα μικρής επιφάνειας αναφέρει το 15,2%, η **τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων** αναφέρεται από το 14,7%.

Ως απαιτούμενες ενέργειες για την **παροχή Α' βοηθειών** σε εγκαύματα αναφέρεται κυρίως, η **εφαρμογή κρύων επιθεμάτων** (18,39%), η **φροντίδα τραύματος** 16,32%, η **αποκόλληση ενδυμάτων** και η **επάλειψη με αλοιφή** ισόποσα με 13,47%, η **πρόληψη επιπλοκών** 12,95%.

Η **συντριπτική πλειοψηφία** των Νοσηλευτών (91,7%) υποστηρίζουν ότι **εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης** στους μετεγκαυματίες είναι **συχνή** κατά την νοσηλεία τους.

Από τους Νοσηλευτές που απάντησαν ότι εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης στους μετεγκαυματίες είναι συχνή κατά την νοσηλεία τους, το 23,41% εξ αυτών υποστηρίζουν ότι αυτό **συμβαίνει από έλλειψη γνώσεων**, το 21,95% από **ανεπάρκεια υποδομής**, το 20,98% από **ανεπάρκεια γνώσεων ασηψίας** –

αντισηψίας του προσωπικού, το 19,51% από έλλειψη εξοπλισμού και το 14,15% από έλλειψη προσωπικού.

Η **εξειδικευμένη γνώση** του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού **θα συνέβαλε στη μείωση των επιπλοκών** λοίμωξης από εγκαύματα πιστεύει το 36,22%, η **σωστή υποδομή** των μονάδων το 23,88%, η **επάρκεια του τεχνικού εξοπλισμού** το 22,39%, η **επάρκεια του προσωπικού** το 17,41%.

Απαραίτητη την ύπαρξη μονάδων εγκαυμάτων θεωρούν **σχεδόν όλοι** οι Νοσηλευτές σε ποσοστό 97,6%.

Το **79,1%** **δεν θεωρεί ικανοποιητικές τις γνώσεις** του για την φροντίδα των εγκαυμάτων.

Από όσους απάντησαν ότι δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους για την φροντίδα των εγκαυμάτων το 27,5% **επιθυμούν να επιμορφωθούν με ενδοϋπηρεσιακά σεμινάρια**, το 25,7% με **συνέδρια**, το 23,4% με **ενδοτμηματικά σεμινάρια**, το 16,4% με **παρακολούθηση συνδιαλέξεων** και το 7% με **βιωματικά εργαστήρια**.

11.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα της εργασίας μας θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικούς άξονες:

Πρώτος Άξονας:

Προφίλ των Νοσηλευτών του δείγματος.

Από τα δεδομένα των ερωτήσεων 1,2,3,4 προκύπτει ότι οι Νοσηλευτές του δείγματός μας είναι κυρίως γυναίκες, απόφοιτοι κυρίως ΑΤΕΙ ή ΔΕ εκπαίδευσης με ελάχιστους να έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ή διδακτορικό.

Το σημαντικότερο ποσοστό των Νοσηλευτών του δείγματος αποτελείται από εργαζόμενους λιγότερο από 5 χρόνια και πάνω από 15.

Οι περισσότεροι δεν έχουν κάποια ειδικότητα Νοσηλευτικής και από τους κατέχοντες ειδικότητα, η παθολογική έρχεται πρώτη.

Δεύτερος Άξονας:

Γνώσεις των Νοσηλευτών σχετικά με την εγκαυματική νόσο.

Από τα δεδομένα της πλειοψηφίας των απαντήσεων κυρίως στις ερωτήσεις 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19, προκύπτει ότι:

Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν έλαβαν εξειδικευμένη γνώση σχετικά με την εγκαυματική νόσο. Επίσης προκύπτει ότι δεν υπάρχει ένα ομοιογενές πρόγραμμα παροχής εξειδικευμένης γνώσης στο χώρο καθότι άλλοι αναφέρουν ότι διδάχθηκαν για αυτό στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών τους και άλλοι με διάφορους περιστασιακούς τρόπους όπως ημερίδες, σεμινάρια ή ειδικότητα.

Αν και οι μισοί περίπου νοσηλευτές δηλώνουν ότι έχουν αντιμετωπίσει περιστατικά εγκαυματικής νόσου, εντούτοις μικρά αλλά παράλληλα σημαντικά ποσοστά ανά περίπτωση φαίνεται ότι δεν γνωρίζουν βασικά πράγματα ως προς την γνώση των κυριότερων χαρακτηριστικών ανά βαθμό εγκαύματος. Π.χ. σε εγκαύματα Α βαθμού αναφέρουν ρήξη δέρματος, φυσαλίδες με υγρό, σε εγκαύματα Γ βαθμού αναφέρουν απουσία πόνου, κ.λ.π.

Σύγχυση επίσης σχετικά με το τι χαρακτηρίζει την σοβαρότητα ενός εγκαύματος καθώς π.χ. ένας στους πέντε νοσηλευτές θεωρεί ότι η ηλικία καθορίζει κυρίως την σοβαρότητα ενός εγκαύματος, κ.λ.π. Επίσης πολύ σημαντικό είναι και πρέπει να τονισθεί, ότι, από τα πορίσματα της διμεταβλητής ανάλυσης δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς την έλλειψη γνώσης οι απόφοιτοι ΑΕΙ ή οι κατέχοντες

μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Βέβαια πρέπει να επισημανθεί ότι το δείγμα ανά κατηγορία εκπαίδευσης δεν θεωρείται άκρως επαρκές ώστε να βγούνε ασφαλή και γενικεύσιμα σε κάθε περίπτωση συμπεράσματα.

Επίσης θολή εικόνα προκύπτει σε σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών αναφορικά με το τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική παρέμβαση στα εγκαύματα κάθε βαθμού και παράλληλα στην καταγραφή των κύριων χαρακτηριστικών από αφορούν την κλειστή ή την ανοιχτή μέθοδο αντιμετώπισης τραύματος κατά περίπτωση.

Κατά συνέπεια **προκύπτει αναγκαιότητα περαιτέρω γνώσης - επιμόρφωσης των Νοσηλευτών σχετικά με την εγκαυματική νόσο.**

Τρίτος Άξονας:

Αντιλήψεις των Νοσηλευτών σχετικά με την παροχή φροντίδας στην εγκαυματική νόσο.

Από τα δεδομένα των απαντήσεων κυρίως στις ερωτήσεις 5β, 20,21,22, προκύπτει ότι:

Η ύπαρξη μονάδων εγκαυμάτων θεωρείται σημαντική και απαραίτητη από τους Νοσηλευτές καθώς οι Νοσηλευτές θεωρούν συχνή την εμφάνιση μόλυνσης – λοίμωξης στους μετεγκαυματίες κατά την νοσηλεία τους. Σχεδόν οι μισοί υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει από έλλειψη γνώσεων σχετικά με την εγκαυματική νόσο ή από έλλειψη γνώσεων ασηψίας – αντισηψίας και οι υπόλοιποι το αποδίδουν σε άλλους παράγοντες όπως, ανεπάρκεια υποδομής, έλλειψη εξοπλισμού κ.λ.π.

Θεωρούν επίσης οι Νοσηλευτές ότι στη μείωση των επιπλοκών λοίμωξης από εγκαύματα θα συνέβαλε κυρίως η εξειδικευμένη γνώση του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού και ακολουθούν άλλοι παράγοντες όπως η σωστή υποδομή των μονάδων, η επάρκεια του τεχνικού εξοπλισμού ή η επάρκεια του προσωπικού.

Είναι πολύ σημαντικό ότι οι δύο στους τρεις Νοσηλευτές δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους για την φροντίδα των εγκαυμάτων, ενώ ταυτόχρονα θεωρούν ότι η εξειδικευμένη γνώση θα βελτίωνε την ικανότητά τους στην αντιμετώπιση αρρώστων

με εγκαυματική νόσο. Ως τρόπο επιμόρφωσης επιλέγουν κυρίως ενδουπηρειακά ή ενδοτμηματικά σεμινάρια και συνέδρια.

Κατά συνέπεια και εδώ **ενισχύεται και από την εκφρασμένη βούληση των ίδιων των Νοσηλευτών, η αναγκαιότητα για επιμόρφωση, σχετικά με την παροχή φροντίδας σε περιστατικά εγκαυματικής νόσου.**

11.6 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Καθώς από την έρευνά μας προκύπτει ελλιπή γνώση των Νοσηλευτών προτείνεται:

- ✓ Να δοθεί περισσότερη έμφαση στην διδασκαλία για το θέμα σε προπτυχιακό επίπεδο σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης των Νοσηλευτών,
- ✓ Δημιουργία νοσηλευτικής ειδικότητας για την επάνδρωση μονάδων εγκαυμάτων και κλινικής πλαστικής χειρουργικής,
- ✓ Να γίνονται επιστημονικές έρευνες και μελέτες για την εξέλιξη της θεραπείας, πρόληψης και αποκατάστασης των εγκαυμάτων καθώς επίσης και στην εύρεση νέων χειρουργικών μεθόδων που θα προσφέρουν καλύτερη αντιμετώπισή τους,
- ✓ Να εφαρμόζονται άσηπτες τεχνικές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αλλά και μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο,
- ✓ Να οργανωθούν και υλοποιηθούν από το κράτος επιμορφωτικά προγράμματα κυρίως για όλους τους Νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα που νοσηλεύονται εγκαυματίες ασθενείς.

Βιβλιογραφία

- Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές νοσηλείες, επίτομος, ΙΕ' έκδοση, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα, 2004
- Αθανάτου Ε., Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική, επίτομος, ΣΤ' έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα, 2000
- Ανδριώτης Κ. Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με SPSS. Αθήνα, Κλειδάριθμος, 2003
- Αποστολοπούλου Ε., Νοσοκομειακές λοιμώξεις, επίτομος, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1996
- Αρσένη Α., Κλινική Μικροβιολογία και εργαστηριακή διάγνωση λοιμώξεων, τόμος Ι, Δ' έκδοση, εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1994
- Βασιλόπουλος Δ., Γεωργούλιας Β., Δημόπουλος κ., Υγεία-Διατροφή, εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», τεύχος 41, εκδόσεις Τεγόπουλος, 4/7/2006
- Bell J. Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας. Αθήνα, Gutenberg, 2001
- Cahners S.S., Bernstein N.R., Rehabilitating family with burned children, 1990, www.google.com
- Γερμένης Τ., Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για επαγγέλματα υγείας, επίτομος, Γ' έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2007
- Γιαννοπούλου Αθ., Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική, επίτομος, Ε' έκδοση, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα, 2003
- David C., Graham D., Euan R., Επιμέλεια Κωνσταντόπουλος Α., Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού, επίτομος, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2002
- Δετοράκης Ι., Βασικές αρχές υγιεινής, επίτομος, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2003

Engramm B., Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική, Επιμέλεια: Καραχάλιος Γ., επίτομος, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2001

Faukner D, Swann J, Baker S, Bird M, Carty J.Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον-Εγχειρίδιο μεθοδολογίας. Μτφρ: Ραυτοπούλου Α, Πάτρα, ΕΑΠ, 1999

Jeneau C. Η έρευνα με ερωτηματολόγιο –Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Επιμέλεια: Τζανόνε –Τζώρτζη Κ, Αθήνα, Τυπωθήτω, 1999

Ηλιοπούλου Ε., Βεζυράκης Δ., Καστανάς Κ., Έγκαυμα, τι γίνεται μετά;,επίτομος, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1997

Ιωάννοβιτς Ι., Πλαστική χειρουργική, επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990

Καλλινικάκη Θ., Κοινωνική εργασία, Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας, επίτομος, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Έ έκδοση, Αθήνα, 1998

Καραντζά Α., Έγκαυμα, 3/3/2006, www.google.com

Κατσαμπάς Α., Προστατέψτε την υγεία σας από τον καρκίνο, εφημερίδα «Το Έθνος», εκδόσεις Πασχαλίδη, 28/4/2005

Κολοβρεντή Μ., Εγκαύματα και νοσηλευτική αντιμετώπιση, πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1994

Κολοτούρου Α., Ντόλκα Μ., Αρχές και εφαρμογή πρώτων βοηθειών, πτυχιακή εργασία, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1994

Κομισόπουλος Ε., Σεμινάριο: η φυσιοθεραπεία στη χρόνια φάση, Αθήνα, 1996

Κοντζαμπασάκης Σ., Μπαλτόπουλος Γ., Εγκαύματα-Αρχές και πρακτική της αντιμετώπισης των εγκαυμάτων, επίτομος,εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2005

Κοντογιάννης Θ., 12/10/2008, www.esos.gr

Κόνωνας Θ., Εγκαυματική νόσος, 2006, www.nursburns.gr

Κυριαζή Ν. Η Κοινωνιολογική έρευνα –Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και τεχνικών. Αθήνα ,Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις,1998-99

Κωστάκης Ι., Σύγχρονη χειρουργική, διαγνωστική και θεραπευτική, επίτομος, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2005

Λαμπίρη-Δημάκη Ι. Η κοινωνιολογία και η μεθοδολογία της. Τόμος Α, έκδοση έβδομη, Αθήνα, Σάκουλα, 2003

Lippert Herb, Ανατομική, κείμενο και άτλαντας, επίτομος, Έ έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1993

Lochaitis A., Illiouroulou E., Komninakis E., et al, Burns as a result of domestical accidents, Burns, 1992, www.google.com

Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ., Νοσηλευτική γενική, παθολογική-χειρουργική, τόμος Ι, 23^η έκδοση, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2002

Μανδρέκας Α., Έγκαυμα, άμεση αντιμετώπιση, επίτομος, 2^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1998

Μανιός Α., Μηνογιόνης Ν., Κόνωνας Θ. Κ., Η πρόγνωση του εγκαύματος στους ηλικιωμένους, 17^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Αθήνα, 1991

Μουλοπούλου-Καρακίτσου Κ., Μαθαίνω να φροντίζω το δέρμα μου, επίτομος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2001

Μουτσόπουλος Χ., Εμμανουήλ Δ., Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, επίτομος, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1997

Μπάλας Π., Χειρουργική, τόμος Ι, 2^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990

Munster M. , Severe burns, a family guide to medical and emotional recovery (article), The John Hopkin's University Press, 1993

Νομικός Ι., Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του βαρέως πάσχοντος χειρουργικού αρρώστου, επίτομος, εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, 1993

Ντολατζάς Θ., Συνοπτική χειρουργική, επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1992

Παναγιωτόπουλος Γ., Παπαλάμπρος Σ., Χειρουργική, επίτομος, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 1991

Παπαδόπουλος Γ., Προνοσοκομειακή επείγουσα ιατρική, επίτομος, εκδόσεις University Studio Press, Αθήνα, 1994

Παπαδόπουλος Γ. Ν., Καλοβούλου Λ. Ι., Σοφός Α. Γ. Ι. , Νοσοκομειακές λοιμώξεις, Επιδημιολογία-πρόληψη-έλεγχος, επίτομος, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1997

Proehl J., Επείγουσες Νοσηλευτικές διαδικασίες, Μετάφραση: Αγγελόπουλος Ν. και συν. , Επιμέλεια: Μιχαλόπουλος Χ., επίτομος, 2^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις ΛΑΓΟΣ, Αθήνα, 1999

Ράππη-Κατσικά Β., Εγκαύματα και νοσηλευτική παρέμβαση εγκαυμάτων, πτυχιακή εργασία Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1996

Σαράντης Α., Τεχνητό δέρμα για τη θεραπεία πληγών και εγκαυμάτων, 13/7/2007, www.chiosnews.com

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τόμος Ι, 2^η έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006

Σαχίνη-Καρδάση Α. Μεθοδολογία έρευνας –εφαρμογές στο χώρο της υγείας .Αθήνα ,Εκδόσεις Βήτα ,2000

Σέχα Μ., Χειρουργική, τόμος Ι, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1995

Σταθάτου Ε., Η νοσηλευτική φροντίδα εγκαυμάτων με ενδονοσοκομειακή λοίμωξη, πτυχιακή εργασία, Αθήνα, 2000

Slade C. L., Mc Dougal W. S. e.t.c, Manual of Burns, Sringer-Verlay, New York, 1978

Souba W., Fink M., και συν. , ACS surgery princeples and practice, εκδόσεις American College of Surgeons, U.S.A, 2006

Σούκουλη Π., 28/5/2005, www.healthin.gr

Σουμιλάς Γρ., Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος Ι, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1997

Trussell Ec, Hayne Cr, Physiotherapy in the treatment of burns and plastic surgery, Physiotherapy, 1990, www.iatronet.gr

Τσίκος Ν., Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ., Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής, επίτομος, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999

Τσιλιμπότη Δ. (Πλαστικός χειρουργός), Σημειώσεις: Δέρμα και μαλακά μόρια, Εγκαύματα: αρχές-αντιμετώπιση, Πάτρα, 2004

Τσούτσος Δ., Οικονόμου Θ., Η επούλωση των εγκαυμάτων, επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Χρυσοστομίδα, Αθήνα, 2005

Τσώλη Θ., Βλαστικά κύτταρα εξαφανίζουν τις ουλές, εφημερίδα «Το Βήμα», 12/11/2006, www.google.gr

Φιδάνη Α., Σημειώσεις επείγουσας νοσηλευτικής, Πάτρα, 2008-12-03

Χατζηπουλίδης Δ., Ηλεκτρικά Εγκαύματα, Ηλεκτροπληξία-κεραυνοπληξία: μια σύγχρονη άποψη για την παθοφυσιολογία και την αντιμετώπισή τους, επίτομος, εκδόσεις Σιώκης, Θεσσαλονίκη, 1997

www.iatronet.gr

www.panacea.med.voa.gr, Ανατομία και φυσιολογία δέρματος, 9/11/2007

www.enet.gr, Άρθρο από εφημερίδα «Ελευθεροτυπία», 15/1/2008

www.iatronet.gr/ygeia, Χειρουργική πλαστική, 3/12/2007

www.helthin.gr/firstaid, Έγκαύματα-κρυοπαγήματα-ηλίαση, 3/12/2007

www.disabled.gr, Επούλωση εγκαυμάτων με εμβρυϊκά κύτταρα δέρματος, 10/10/2008

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: Διερεύνηση των επιμορφωτικών αναγκών, των κλινικών νοσηλευτών στην εγκαυματική νόσο.

Εισαγωγή

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις, όλες τις οποίες θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρακαλώ να απαντήσετε στην παρακάτω ερώτηση.

Έχω διαβάσει το ενημερωτικό σημείωμα και συμφωνώ να συμμετάσχω σε αυτή την έρευνα.

- ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- 1) Φύλλο
 Άρρεν Θήλυ

- 2) Ποιο είναι το ανώτερο ακαδημαϊκό πτυχίο που έχετε;
 Διδακτορικό Master Πτυχίο Α.Ε.Ι.

 Πτυχίο Α.Τ.Ε.Ι. Πτυχίο Δ.Ε. Άλλο

- 3) Πόσα χρόνια εργάζεσθε;
 <5 5-9 10-15 <15

- 4) Έχετε ειδικότητα;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι ποια από τις παρακάτω;

- Χειρουργική
- Παθολογική
- Παιδιατρική
- Ψυχιατρική
- Άλλη.....

5) Λάβατε κάποια εξειδικευμένη γνώση για την εγκαυματική νόσο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Αν ναι, οι γνώσεις που έχετε λάβει αποκτήθηκαν

Κατά τη βασικά σας εκπαίδευση

Κατά τη συγγραφή του μεταπτυχιακού

Από την ειδικότητα

Από ημερίδες

Από σεμινάρια

Από προσωπικό ενδιαφέρον

Αν όχι, πιστεύετε ότι η εξειδικευμένη γνώση θα βελτίωνε την ικανότητά σας στην αντιμετώπιση αρρώστων με εγκαυματική νόσο;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Σε κάποιο βαθμό
- Καθόλου

6) Έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά με εγκαυματική νόσο;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7) Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του Α' βαθμού εγκαύματος;

- Απουσία πόνου
- Ρήξη δέρματος
- Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση
- Δημιουργία φυσαλίδων
- Φυσαλίδες με υγρό
- Οίδημα
- Ερυθρότητα
- Πόνος
- Δέρμα σκούρο καφέ

8) Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του Β' βαθμού εγκαύματος;

- Απουσία πόνου
- Ρήξη δέρματος
- Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση
- Δημιουργία φυσαλίδων
- Φυσαλίδες με υγρό
- Οίδημα
- Ερυθρότητα
- Πόνος
- Δέρμα σκούρο καφέ

9) Ποια τα κυριότερα χαρακτηριστικά του Γ' βαθμού εγκαύματος;

- Απουσία πόνου
- Ρήξη δέρματος
- Λεύκανση περιοχής μετά από πίεση
- Δημιουργία φυσαλίδων
- Φυσαλίδες με υγρό
- Οίδημα

- Ερυθρότητα
- Πόνος
- Δέρμα σκούρο καφέ
- 10) Ποιες οι πιθανές διαταραχές του οργανισμού μετά από εκτεταμένο έγκαυμα;
- Μεταβολικές διαταραχές
- Αιματολογικές
- Αναπνευστικές
- Ανοσοβιολογικού μηχανισμού
- Διαταραχές ήπατος
- Διαταραχές νεφρών
- Γαστρεντερικού συστήματος
- 11) Από τι χαρακτηρίζεται η σοβαρότητα ενός εγκαύματος;
- Από το βαθμό
- Από την έκταση
- Από τον τύπο
- Από την ηλικία
- Από συνυπάρχουσες κακώσεις
- 12) Η έκταση του εγκαύματος υπολογίζεται με τον κανόνα των 9 (wallance);
- ΝΑΙ ΟΧΙ
- 13) Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Α' βαθμού περιλαμβάνει:
- Εφαρμογή κρύων επιθεμάτων
- Επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή
- Αποκόλληση ενδυμάτων
- Διάνοιξη φυσαλίδων
- Φροντίδα τραύματος

- Πρόληψη επιπλοκών
- Αποκατάσταση ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη

14) Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Β' βαθμού περιλαμβάνει:

- Εφαρμογή κρύων επιθεμάτων
- Επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή
- Αποκόλληση ενδυμάτων
- Διάνοιξη φουσαλίδων
- Φροντίδα τραύματος
- Πρόληψη επιπλοκών
- Αποκατάσταση ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε έγκαυμα Γ' βαθμού περιλαμβάνει:

- Εφαρμογή κρύων επιθεμάτων
- Επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή
- Αποκόλληση ενδυμάτων
- Διάνοιξη φουσαλίδων
- Φροντίδα τραύματος
- Πρόληψη επιπλοκών
- Αποκατάσταση ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη

15) Ποια τα χαρακτηριστικά της ανοιχτής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος;

- Έκθεση εγκαύματος
- Κάλυψη με αποστειρωμένες γάζες

- Τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων
- Χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών
- Εφαρμόζεται σε εκτεταμένα εγκαύματα
- Εφαρμόζεται σε εγκαύματα μικρής επιφάνειας

16) Ποια τα χαρακτηριστικά της κλειστής μεθόδου αντιμετώπισης εγκαύματος;
Έκθεση εγκαύματος

- Κάλυψη με αποστειρωμένες γάζες
- Τοποθέτηση υγρών επιθεμάτων
- Χρήση αντιμικροβιακών αλοιφών
- Εφαρμόζεται σε εκτεταμένα εγκαύματα
- Εφαρμόζεται σε εγκαύματα μικρής επιφάνειας

17) Ποιες οι απαιτούμενες ενέργειες για την παροχή Α' βοηθειών σε εγκαύματα;
Εφαρμογή κρύων επιθεμάτων

- Επάλειψη εγκαύματος με αλοιφή
- Αποκόλληση ενδυμάτων
- Διάνοιξη των φυσαλίδων
- Φροντίδα τραύματος
- Πρόληψη επιπλοκών
- Αποκατάσταση ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη

18) Η εμφάνιση μόλυνσης-λοίμωξης στους μετεγκαυματίες είναι συχνή κατά την νοσηλεία των ασθενών;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι γιατί;

- Από ανεπάρκεια γνώσεων ασηψίας –αντισηψίας του
ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού
- Από έλλειψη γνώσεων
- Από έλλειψη προσωπικού
- Από έλλειψη εξοπλισμού
- Από ανεπάρκεια υποδομής μονάδων

- 19) Στη μείωση των επιπλοκών λοίμωξης από έγκαυμα πιστεύετε ότι θα βοηθούσε:
- Η εξειδικευμένη γνώση του ιατρό-νοσηλευτικού προσωπικού
 - Η επάρκεια του προσωπικού
 - Η επάρκεια του τεχνικού εξοπλισμού
 - Η σωστή υποδομή των μονάδων

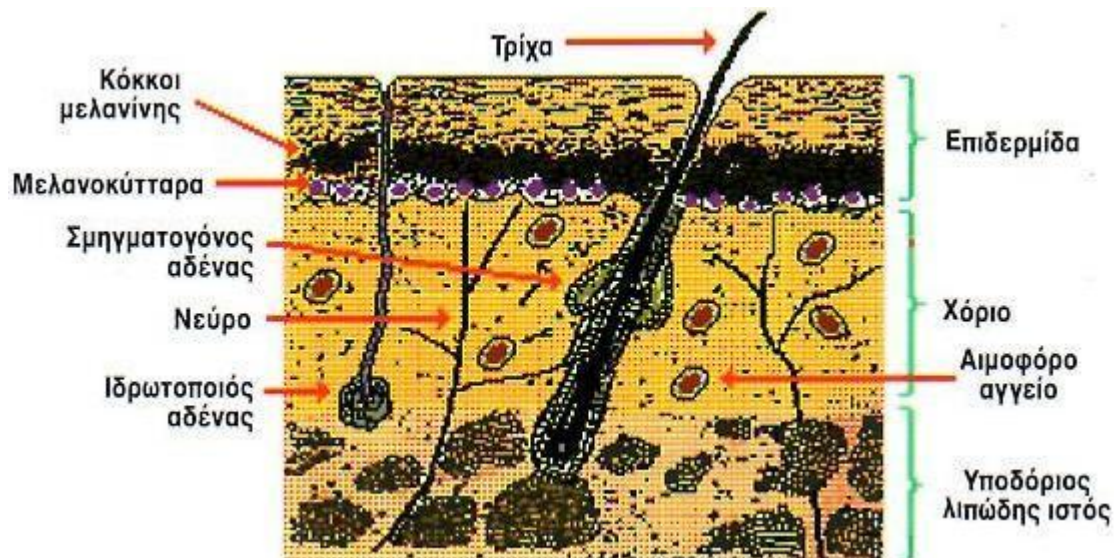
- 20) Θεωρείτε απαραίτητη την ύπαρξη μονάδων εγκαυμάτων;
- ΝΑΙ ΟΧΙ

- 21) Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας για την φροντίδα των εγκαυμάτων;
- ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι με ποιο τρόπο θα θέλατε να επιμορφωθείτε;

- Συνέδρια
- Επιμορφωτικά ενδουπηρειακά σεμινάρια
- Ενδοτμηματικά σεμινάρια
- Παρακολούθηση συνδιαλέξεων
- Παρακολούθηση βιοματικών εργαστηρίων
- Άλλο.....

Ευχαριστώ για το χρόνο που χρησιμοποιήσατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.



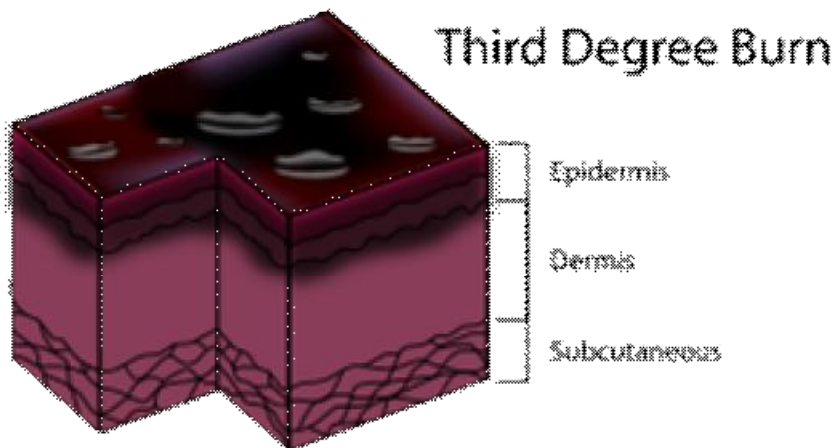
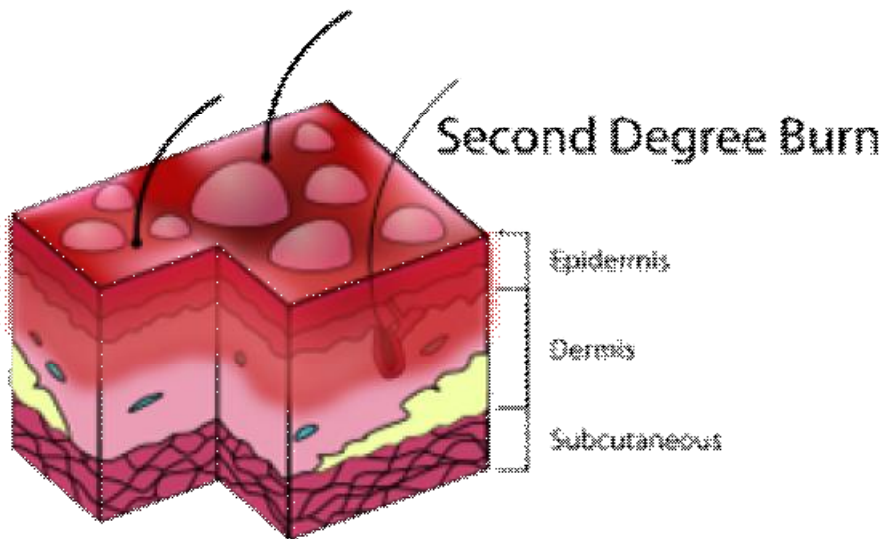
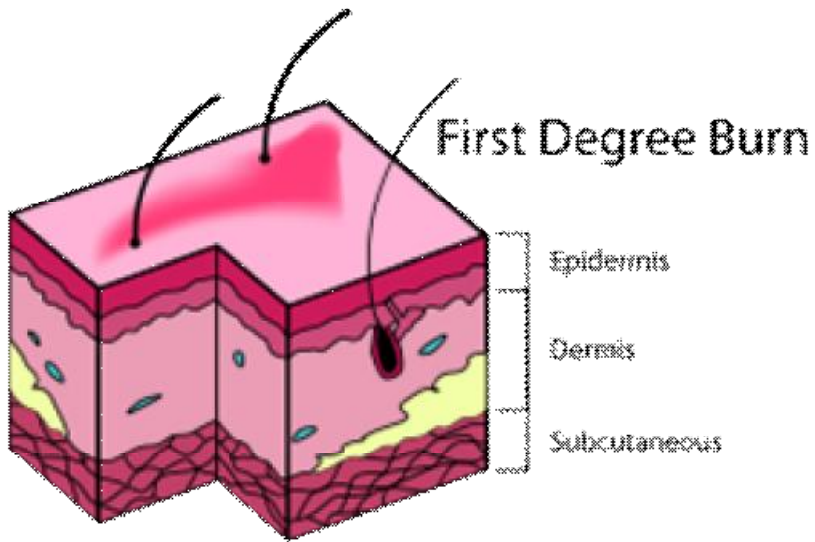
Βαθμός	Βάθος	Συμπτώματα	Επούλωση
1ου Βαθμού	Προσβάλλεται μόνο η επιδερμίδα, συνήθως η έξω στιβάδα.	Απλή ερυθρότητα Πόνος Ελαφρό οίδημα Ξηρό δέρμα Κνησμός-καύσος.	Ταχεία, πλήρης χωρίς ουλές, 5-15 ημέρες.
2ου Βαθμού	Προσβάλλεται η επιδερμίδα και τα επιπολής στρώματα του χορίου.	Ερυθρότητα Οίδημα Υγρό δέρμα Εντονος πόνος Φυσαλίδες ή οροαιματηρό εξίδρωμα Οίδημα.	Πλήρης, χωρίς ουλές σε 10-15 ημέρες, εκτός αν μολυνθεί.
3ου Βαθμού	Προσβάλλεται η επιδερμίδα, το χόριο, το υποδόριο λίπος (μερικού πάχους) συχνά και οι υποκείμενοι ιστοί μέχρι των οστών (ολικού πάχους έγκαυμα).	Επιφάνεια λευκωπή ή υπομέλαινα, περγαμνοειδής Ελάχιστος πόνος Επιφάνεια ξηρή.	Μακρή διάρκεια συνήθως ακολουθεί μεταμόσχευση.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	%	ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	%
Πρόσωπο	45	Κοιλιά	30
Τριχωτό κεφαλής	13	Περίνεο	10
Βλέφαρα	14	Γλουτοί	23
Οφθαλμοί	1	Βραχίονες	46
Αυτιά	16	Αντιβράχια	51
Μύτη	16	Χέρια	50
Τράχηλος	33	Μηροί	39
Θώρακας	37	Κνήμες	33
Ράχη	34	Πόδια	24

Πίνακας 1: Συχνότητα εγκαυμάτων κατά ανατομική περιοχή (Κοντζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)

Βακτηριαμία	24%
Πνευμονικές λοιμώξεις	43%
Ουρολοιμώξεις	19%
Λοιμώξεις εγκαυματικής επιφάνειας	6%
Περιτονίτιδα	<5%
Θρομβοφλεβίτιδα	<5%
Παραρινοκολπίτιδα	<5%
Ενδοκαρδίτιδα	<5%
Άλλες	<5%

Πίνακας 2: Συχνότητα λοίμωξης σε εγκαυματίες (Κοντζαμπασάκης, Μπαλτόπουλος, 2005)





Β' βαθμού έγκαυμα



Α' βαθμού έγκαυμα



Α' βαθμού έγκαυμα



Α' βαθμού έγκαυμα





(A)



(B)



(D)

FIGURE 2-1. Etiology of burns. Electrical injury: Note charred appearance and kissing wounds of axilla (A). Chemical injury: Extensive injury in areas where agent was in prolonged contact with skin (B). Cold injury: Necrosis of finger tips with partial thickness loss of the skin of the dorsum of the hands (C). Scald burn: Note erythematous appearance (D). Flame burn with reddish brown and white appearing areas of injury (E).



(A)



(B)



(D)

Εσχαροτομές



Β' βαθμού έγκαυμα

Ηλεκτρικό έγκαυμα





Β' βαθμού έγκαυμα



Γ' βαθμού έγκαυμα



Ηλεκτρικά εγκαύματα



Εγκαύματα τρίτου βαθμού στη γαστροκνημία (γόμπα). Πληγή καθαρή, από την οποία έχουν αφαιρεθεί οι αποκαρσούμενοι ιστοί.



Μεταμόσχευση δέρματος.



Όψη της γαστροκνημίας μετά την ίαση.



A



B

Παιδί ηλικίας 5 ημερών με έγκαύματα δεύτερου βαθμού που καλύπτουν περίπου το 30% της έκτασης του σώματος. Α) Άμεσος μετά το έγκαυμα. Β) Έξι μήνες μετά την έκταση. Η ίαση έμεινε μετά δύο πλαστικές χειρουργίες.











Εγκαύματα

Ημερομηνία δημοσίευσης: 4 Απριλίου 2005

Γράφει: [Γεωργίου Παναγής, MD, PhD, EBOPRAS](#), Πλαστικός Χειρουργός

Περισσότεροι από 60.000 άνθρωποι παθαίνουν εγκαύματα κάθε χρόνο. Οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν μικρού μεγέθους εγκαύματα και αντιμετωπίζονται σε εξωνοσοκομειακή βάση. Περίπου 2.000 εγκαύματα το χρόνο είναι μετρίου μεγέθους έως σοβαρά και χρήζουν νοσοκομειακή περίθαλψη. Η κοινωνική σημασία που έχει το έγκαυμα φαίνεται από το γεγονός ότι είναι δεύτερο σε συχνότητα αίτιο θανατηφόρου τραύματος μετά τα ατυχήματα με δίκυκλα.

Οι θάνατοι από εγκαύματα συμβαίνουν με δυο τρόπους, είτε αμέσως μετά την κάκωση, είτε ύστερα από εβδομάδες σαν ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων, μηχανισμός παρόμοιος με όλους τους θανάτους που σχετίζονται με το τραύμα. Τα 2/3 των εγκαυμάτων συμβαίνουν στο σπίτι και συχνά αφορούν νεαρούς εφήβους, παιδιά μικρότερα από 15 ετών, είτε ηλικιωμένους. Το 75 % των θανάτων από εγκαύματα σχετίζονται με εστίες φωτιάς στο σπίτι. Οι νεαροί έφηβοι καίγονται συχνά με εύφλεκτα υγρά, ενώ τα βρέφη από ζεστά υγρά ('ζεμάτισμα').

Ένα σημαντικό ποσοστό των εγκαυμάτων σε παιδιά οφείλονται στην παιδική αφέλεια. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για έγκαυμα είναι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το ανασφαλές περιβάλλον. Από τα ανωτέρω γίνεται εμφανές τα περισσότερα εγκαύματα είναι προβλέψιμα και μπορούν να αποφευχθούν αν τηρηθούν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης.

Σήμερα γίνονται αποτελεσματικές προσπάθειες πρόληψης που έχουν ελαττώσει τον αριθμό και τη σοβαρότητα των εγκαυμάτων. Τέτοια ευεργετικά προληπτικά μέτρα είναι η αλλαγή της νομοθεσίας ώστε τα παιδικά νυχτικά να είναι άφλεκτα, αλλαγές στην εθνική νομοθεσία ηλεκτρισμού με αποτέλεσμα την ελάττωση των εγκαυμάτων του στόματος, η ανύψωση θερμοσιφώνων από το έδαφος, και η αυξημένη χρήση των συναγερμών ανίχνευσης καπνού.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Τα περισσότερα εγκαύματα είναι μικρά, δεν έχουν ένδειξη εισαγωγής σε Μονάδα Εγκαυμάτων, και αντιμετωπίζονται στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων από γενικούς ιατρούς. Πρόκειται για επιφανειακά εγκαύματα <10% της ολικής επιφάνειας σώματος (ΟΕΣ), που αναμένεται να επουλωθούν αυτόματα σε 2 - 3 εβδομάδες.

Αφού ελεγχθεί η κατάσταση της αντιτετανικής προφύλαξης και χορηγηθεί αντιτετανικός ορός, γίνεται μηχανικός καθαρισμός του εγκαύματος και τοπική θεραπεία με αντιμικροβιακούς παράγοντες. Καλό είναι να επιλέγουμε την κλειστή μέθοδο θεραπείας για τις πρώτες μέρες, που η παραγωγή υγρού (εξιδρώματος) από τις εγκαυματικές επιφάνειες είναι έντονη. Τα επιθέματα που έρχονται σε άμεση επαφή με το έγκαυμα πρέπει να έχουν βαζελινούχο επίστρωση, έτσι ώστε οι αλλαγές που θα ακολουθήσουν να είναι λιγότερο επώδυνες. Ακολουθεί η κάλυψη με τον κατάλληλο αντιμικροβιακό παράγοντα. Στο εμπόριο

υπάρχει πληθώρα αντιμικροβιακών διαλυμάτων ή αλοιφών, και η ιωδιούχος ποβιδόνη είναι από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα. Τέλος τα επιθέματα πρέπει να είναι απορροφητικά, για να συγκρατούν το εξίδρωμα.

Στο σπίτι ο ασθενής θα χρειαστεί αναλγησία. Η χρήση προφυλακτικής αντιμικροβιακής αγωγής δεν είναι απαραίτητη. Οι αλλαγές του εγκαύματος πρέπει να γίνονται ανά 1 - 2 ημέρες. Μετά από τις πρώτες αλλαγές, όταν το τραύμα είναι στεγνό, μπορεί να επιλεγθεί η ανοικτή μέθοδος θεραπείας. Υπάρχουν διάφορα spray με αντιβιοτικά που βοηθούν σε αυτή τη μέθοδο, και συνήθως εφαρμόζονται δις ημερησίως.

Όταν το έγκαυμα επουλωθεί, καλό είναι η νεοσχηματισμένη επιδερμίδα να φροντίζεται με ενυδατική αλοιφή που περιέχει διάφορους προστατευτικούς παράγοντες (βιταμίνη D, πανθενόλη κτλ). Συνιστάται ισχυρή αντηλιακή προφύλαξη της περιοχής για ένα χρόνο μετά το έγκαυμα.

Εάν στη διάρκεια της θεραπείας εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα, είτε επιμόλυνση της εγκαυματικής επιφάνειας, είτε μετατροπή ενός επιφανειακού εγκαύματος σε βαθύ, είτε εάν το έγκαυμα δεν δείχνει τάση επούλωσης σε 2-3 εβδομάδες, ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται για αντιμετώπιση στην πλησιέστερη Μονάδα Εγκαυμάτων.

Οι Μονάδες Εγκαυμάτων είναι οργανωμένα κέντρα με ειδικό προσωπικό και εξοπλισμό για να αντιμετωπίζει τα σοβαρότερα εγκαύματα. Στη δημιουργία τέτοιων οργανωμένων μονάδων, αλλά και στα μέτρα πρόληψης που αναφέραμε προηγουμένως, οφείλεται η ελάττωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που συνοδεύουν τα εγκαύματα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Η αντιμετώπιση των μεγάλων εγκαυμάτων γίνεται πάντα στις ειδικές Μονάδες Εγκαυμάτων.

Εκεί οι γιατροί και το παραϊατρικό προσωπικό (νοσηλευτές, βοηθοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι κτλ) είναι εξειδικευμένοι για τέτοιες περιπτώσεις. Χρειάζεται πολύς χρόνος και συντονισμένη προσπάθεια από όλο αυτό το προσωπικό για να επιζήσει ο εγκαυματίας, και να έχει το καλύτερο δυνατό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Στο Νοσοκομείο γίνεται κατ' αρχάς η εκτίμηση του εγκαύματος και αρχίζει η χορήγηση υγρών που είναι απαραίτητα, αφού ο εγκαυματίας χάνει πολλά υγρά από τις καμένες επιφάνειες. Γίνεται η φροντίδα των εγκαυμάτων και αυτά είτε καλύπτονται με γάζες και επιδέσμους είτε αφήνονται ανοικτά. Αν υπάρχει αναπνευστικό έγκαυμα μπορεί ο άρρωστος να χρειαστεί διασωλήνωση και να μεταφερθεί στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Αν υπάρχουν βαθιά κυκλικά εγκαύματα στα άκρα ή στον θώρακα, και το άκρο κινδυνεύει να νεκρωθεί ή δυσκολεύεται η αναπνοή, μπορεί να γίνουν κάποιες τομές στις καμένες επιφάνειες που λέγονται εσχαροτομές, για να μπορέσει το άκρο να αιματωθεί σωστά, ή ο θώρακας να απελευθερωθεί για ανεμπόδιστη αναπνοή. Τις επόμενες ώρες ο εγκαυματίας πρήζεται πάρα πολύ στις καμένες, αλλά και στις υγιείς περιοχές.

Στις μέρες που ακολουθούν γίνονται αλλαγές των εγκαυμάτων, δίνονται τα απαραίτητα φάρμακα και περιμένουμε την ανάρρωση και επούλωση των εγκαυμάτων. Όταν τα εγκαύματα είναι βαθιά όμως χρειάζεται χειρουργική επέμβαση για να καλυφθούν. Αυτό γίνεται με τα δερματικά μοσχεύματα, δηλαδή παίρνουμε ένα λεπτό κομμάτι δέρμα από μια

ανέπαφη περιοχή και με αυτό σκεπάζουμε την καμένη περιοχή. Η περιοχή που πήραμε το δέρμα γιατρεύεται μόνη της σε 2 - 3 εβδομάδες. Πολλές φορές σε μεγάλα εγκαύματα χρειάζονται περισσότερες από μια επέμβαση για να καλυφθούν όλες οι περιοχές.

Ο εγκαυματίας κινδυνεύει σε πολλά από τα στάδια μέχρι την ίασή του. Κατ' αρχάς κινδυνεύει από το σοκ και την απώλεια υγρών, τα δύο πρώτα 24ωρα. Αν υπάρχει αναπνευστικό έγκαυμα ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται. Κατόπιν κινδυνεύει από τις λοιμώξεις, γι αυτό και η νοσηλεία γίνεται σε καθαρούς θαλάμους και το επισκεπτήριο είναι περιορισμένο. Αργότερα γίνεται αισθητή η υποθρεψία του εγκαυματία, όπου χάνει πολύ βάρος και χρειάζεται θρεπτική υποστήριξη. Και αν ακόμα επιβιώσει ο ασθενής και κλείσουν οι πληγές, πολλές φορές παραμένουν πολλές παραμορφώσεις, δύσμορφες ουλές και σημάδια, ή και ρικνώσεις που εμποδίζουν την κίνηση (Εικ 1,2). Όλα αυτά μπορεί να απαιτήσουν μακριά ιατρική παρακολούθηση, ή και άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, για να βελτιωθούν.

Οι τεχνικές που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα, όπως η καλλιέργεια κυττάρων του δέρματος και πολλά τεχνητά προϊόντα για κάλυψη των καμένων περιοχών, καθώς και τα ειδικά κέντρα που δημιουργούνται (Εικ 3, μακέτα από το Λάτσειο Κέντρο Εγκαυμάτων που πρόκειται σύντομα να λειτουργήσει στο Θριάσιο Νοσοκομείο), έχουν βελτιώσει πολύ την αντιμετώπιση των εγκαυμάτων.

Εγκαύματα και συνέπειες έκθεσης στον καπνό

Ημερομηνία δημοσίευσης: 3 Σεπτεμβρίου 2007

Γράφει: [Μοσχοβάκη Αναστασία](#), Ειδική παθολόγος

Οι σοβαρές βλάβες από φωτιά είναι συνήθως τα εγκαύματα και οι βλάβες της αναπνευστικής οδού. Τις περισσότερες φορές οι βλάβες είναι συνδυασμένες, με συνέπεια την επιβάρυνση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

Η φωτιά προκαλεί βλάβη στο δέρμα και έγκαυμα, το οποίο αναλόγως του βάθους της βλάβης, μπορεί να είναι πρώτου, δεύτερου ή τρίτου βαθμού. Οι βλάβες πρώτου βαθμού, δεν φυσαλιδοποιούνται από την αρχή, σε αντίθεση με τα βαθύτερα εγκαύματα, όπου προσβάλλονται βαθύτερες δομές.

Οι τρεις ωστόσο σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την σοβαρότητα των εγκαυματικών βλαβών, είναι η έκταση του εγκαύματος, το ποσοστό δηλαδή της επιφάνειας του σώματος που καταλαμβάνουν οι εγκαυματικές βλάβες, ηλικία άνω των εξήντα ετών και η συνύπαρξη βλάβης από εισπνοή καπνού.

Η εγκαυματική βλάβη αποτελεί μόνο την αρχική εκδήλωση σε ένα καταρράκτη φλεγμονωδών αντιδράσεων, οι οποίες μπορεί να είναι τοπικές, αλλά σε σοβαρές περιπτώσεις είναι γενικευμένες, οδηγούν σε αύξηση ιντερλευκινών, γάμα ιντερφερόνης, παραγωγή του παράγοντα TNF, πολυοργανική συστηματική ανεπάρκεια, φαινόμενα τα οποία εάν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, προκαλούν με την σειρά τους θανάτους.

Η συστηματική λοίμωξη από μη συνήθη, αλλά σοβαρά μικρόβια, όπως η ψευδομονάδα, ο πρωτέας, ο staphylococcus aureus, ο s. epidermidis είδη klebsiella, που επιβάλλουν αντιβιοτική αγωγή, παραμένει βασικό αίτιο νοσηρότητας σε ασθενείς με σοβαρά εγκαύματα. Σε όψιμη φάση, στις εγκαυματικές ουλές, μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα και κερατοακάνθωμα.

Οι βλάβες από τον καπνό οφείλονται σε διαταραχές στην οξυγόνωση των ιστών, λόγω της μη φυσιολογικής ανταλλαγής των αερίων στην περιοχή του πνεύμονα, θερμική βλάβη από την θερμότητα, χημική βλάβη στον πνεύμονα από τοξικά προϊόντα της καύσης, μικροβιακές επιμολύνσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Τα συμπτώματα, που είναι ποικίλα, όπως βήχας, δύσπνοια, πυρετός, αναπνευστική ανεπάρκεια, λιποθυμία, μπορεί να μην εμφανιστούν άμεσα, αλλά εντός ημερών και να οδηγήσουν στον θάνατο. Υπάρχουν περιπτώσεις που επιβάλλεται άμεσα διασωλήνωση. Ορισμένοι ευαίσθητοι οργανισμοί μετά από ένα σοβαρό επεισόδιο εισπνοής καπνών, παρουσιάζουν μόνιμη διαταραχή του αναπνευστικού συστήματος.

Εξαιτίας όλων των προαναφερόμενων παραγόντων, το άτομο που έχει εκτεθεί σε φωτιά:

- Πρέπει να εξετάζεται άμεσα από τον κλινικό ιατρό, προς εκτίμηση της σοβαρότητας των βλαβών από την φωτιά και να ακολουθεί αποτελεσματική θεραπεία. Η άμεση πρώτη κίνηση

από το περιβάλλον, στο δερματικό έγκαυμα προ της ιατρικής εξετάσεως είναι το δροσερό τρεχούμενο νερό

- Πρέπει να ευρίσκεται σε στενή ιατρική παρακολούθηση ρουτίνας, αλλά και να επικοινωνεί άμεσα με τον μάχιμο ιατρό, όταν τα πτύελα γίνουν ανθρακώδη, αλλάξουν σε ποσότητα ή χροιά, εμφανιστούν πυρετός, δεκατική πυρετική κίνηση, δυσχέρεια αναπνοής, βήχας που δεν προϋπήρχε
- Πρέπει να εξετάζεται ιατρικώς άμεσα, όταν σε παλαιές εγκαυματικές ουλές, εμφανίζονται αλλαγές κατά την επισκόπηση.