



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

«ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ»



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Γεωργούση Παρασκευή

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: Στουπιάδης Κωνσταντίνος

2011

ΠΑΤΡΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

§ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.2
Κεφάλαιο 1. Το Δέρμα	σελ. 3-16
I. Γενικές ιδιότητες	
II. Ανατομία- Ιστολογία Δέρματος	
III. Φυσιολογία δέρματος	
Κεφάλαιο 2. Κατακλίσεις	σελ. 16-75
I. Ιστορική Ανασκόπηση	
II. Επιδημιολογία	
III. Ορισμός Κατακλίσεων	
IV. Σημεία Εμφάνισης Κατακλίσεων	
V. Ομάδες Υψηλού Κινδύνου- Αίτια Κατακλίσεων	
VI. Στάδια Κατακλίσεων	
VII. Πρόληψη Κατακλίσεων	
VIII. Θεραπεία Κατακλίσεων	
IX. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατακλίσεων	
Κεφάλαιο 3. Εκπαίδευση Νοσηλευτή	σελ. 75-79
I. Διατήρηση Ποιότητας Φροντίδας	
II. Κοινωνική Νοσηλευτική	
Κεφάλαιο 4. Περιστατικά	σελ. 79-88
Εφαρμογή Νοσηλευτικής Διεργασίας	
Επίλογος – Συμπεράσματα	
Κεφάλαιο 5. Βιβλιογραφία	σελ. 89-92

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι στην εξέλιξη του μέχρι σήμερα ο άνθρωπος αντιμετώπισε και αντιμετωπίζει πολλά εμπόδια σχετικά με την διαβίωση του και την υγεία του που κάθε φορά διαφέρουν ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες ζούσε και ζει. Αρκετά είναι και τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει και στην σύγχρονη κοινωνία στα θέματα υγείας και αρκετά είναι επίσης αυτά που πρέπει να γίνουν από την επιστημονική κοινότητα τους ιατρούς τους νοσηλευτές αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας ώστε να συμβάλλουν στο κατά το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, ώστε να προάγουν την ανθρώπινη υγεία και κυρίως να την θωρακίσουν απέναντι σε κάθε κίνδυνο με γνώσεις και με την πρόληψη κατεξοχήν. Ένα τέτοιο πρόβλημα υγείας ήταν και εξακολουθεί να είναι παρόλο την πρόοδο που έχει γίνει στον τομέα της υγείας, οι κατακλίσεις. Είναι σήμερα μια σοβαρή επιπλοκή της υγείας που αφορά κυρίως την τρίτη ηλικία αλλά όχι μόνο και έχει να κάνει κυρίως με την ελλιπή ενημέρωση , την ανεπαρκή χρήση των σύγχρονων μέσων που διαθέτουμε , την μη ολοκληρωμένη γνώση και εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και τέλος ίσως με την ελάχιστη προσοχή σε αυτόν τον παράγοντα που ονομάζεται "κατάκλιση" και που ταλανίζει τους ανθρώπους και πολλές φορές οδηγεί ακόμη και στον θάνατο. Θα γίνει λοιπόν μια προσπάθεια να δοθεί μια ερμηνεία που να αντιπροσωπεύει τον ορό "κατάκλιση", να εξεταστούν ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση αυτής της επιπλοκής, τι πρέπει να γίνει ώστε να προληφθεί μια κατάκλιση και κυρίως αν εμφανιστεί τι πρέπει να γίνει ώστε να αντιμετωπιστεί άμεσα και να μην θύσει σε κίνδυνο την ζωή του ασθενή. Βασικό και πρωταγωνιστικό ρολό σε όλη αυτήν την διαδικασία παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό που οφείλει να είναι έμπειρο ενημερωμένο και άμεσα παρεμβατικό αλλά και παρατηρητικό ώστε να προλάβει αλλά και να συμβάλει στην θεραπεία της κατάκλισης.

Κεφάλαιο 1. Το Δέρμα

1.Γενικές ιδιότητες

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος. Καλύπτει όλη την επιφάνεια του σώματος και μεταπίπτει σε βλεννογόνους, όπου υπάρχει κοιλότητα (στόμα, μάτια, μύτη, κλπ.). Έχει έκταση στον ενήλικα περίπου 1.5-2.0 m² . Η επιφάνεια του σώματος μπορεί να προσδιοριστεί, με σχετική ακρίβεια, βάσει του πίνακα του Dubois σε συνάρτηση προς το σωματικό βάρος (σε Kgr) και σε ύψος (σε cm).

Το πάχος του δέρματος ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή ανάλογα με το πάχος της επιδερμίδας και του χορίου. Σε αναλογία όμως το χόριο είναι κατά κανόνα παχύτερο της επιδερμίδας, εκτός από αυτό των πελμάτων, παλαμών και βλεφάρων. Ειδικότερα παχύτερη είναι η επιδερμίδα στις παλάμες και στα πέλματα (1,5 χιλ.) και το χόριο στην ράχη και το θώρακα. Το συνολικό όμως

πάχος του δέρματος είναι λεπτότερο στα βλέφαρα (0,25 χιλ) και παχύτερο στη ράχη (2,5χιλ).

Το πάχος εξαρτάται επίσης από την ηλικία του ανθρώπου. Το δέρμα είναι γενικά λεπτότερο κατά την παιδική ηλικία, μετά δε το 5^ο έτος αποκτά το πάχος που έχει κατά περιοχές και στην ενήλικη ζωή.

Το χρώμα του δέρματος δεν διαφέρει μόνο από φυλή σε φυλή, αλλά και από περιοχή σε περιοχή, εξαρτάται δε από την αιμάτωση και την εναπόθεση χρωστικής στη βασική στιβάδα. Το δέρμα, λοιπόν, της θηλής έχει την πιο σκοτεινόχρωμη χροιά, ενώ την πιο ανοιχτόχρωμη παρουσιάζει το δέρμα της πρόσθιας επιφάνειας του σώματος και της καμπτικής επιφάνειας των άνω άκρων.

Η επιφάνεια του δέρματος είναι ανώμαλη και καλύπτεται από τρίχες ή "χνούδι", εκτός από τις παλάμες, τα πέλματα, το πέος και την έσω επιφάνεια των χειλών του αιδοίου. Έχει πολλούς πόρους που αποτελούν τα στόμια των εκφορητικών πόρων των αδένων του δέρματος. Παρουσιάζει επίσης πτυχώσεις με κατεύθυνση, που εξαρτάται από την διάταξη των συνδετικών ιών (κολλαγόνου και ελαστικών ιών) στην δικτυωτή στιβάδα του χορίου. Οι συνδετικογένεις αυτές ίνες είναι διαταγμένες έτσι, ώστε να σχηματίζουν ρόμβους. Στη διάταξη αυτή οφείλεται η διατατότητα και η ελαστικότητα του δέρματος. Στη περιοχή του προσώπου και ειδικότερα στις παρειές και το γένιο η ελαστικότητα είναι μεγαλύτερη ενώ σε περιοχές που το χόριο είναι σχετικά λεπτό, εκεί η ελαστικότητα είναι μικρή και η διατατότητα αυξημένη, όπως στα βλέφαρα και την ακροποσθία. Η φορά των ιών αυτών μελετήθηκε πρώτα από τον Langer (1861), που απέδειξε ότι στις ίνες αυτές οφείλονται οι διάφορες πτυχώσεις της επιδερμίδας, η οποία μόνη της δεν έχει καμία ελαστικότητα. Οι πτυχώσεις αυτές στον ενήλικα, που είναι παράλληλες μεταξύ τους έχουν την ίδια διάταξη στο σώμα και ονομάζονται γραμμές του Langer. Στην παιδική ηλικία όμως οι γραμμές του Langer δεν ταυτίζονται με αυτές του ενήλικα γιατί

είναι διαφορετική η διάταξη των συνδετικών και ελαστικών ινών στην δικτυωτή στιβάδα του χορίου.

Από την λειτουργία των αρθρώσεων και των μυών όπως των μιμικών του προσώπου δημιουργούνται στο σώμα επιπλέον αύλακες, που γίνονται βαθύτερες όσο ελαττώνεται η ελαστικότητα του δέρματος (ρυτίδες του προσώπου και πτυχώσεις του σώματος). Οι αύλακες αυτές περιγράφηκαν πρώτα από τον Pinkus (1927) και φέρουν το όνομά του. Στα περισσότερα όμως σημεία του σώματος οι δυο αυτές πτυχώσεις του δέρματος συμπίπτουν μεταξύ τους, για αυτό και στην βιβλιογραφία δεν διαχωρίζονται, αλλά αναφέρονται γενικά σαν γραμμές του Langer. Οι γραμμές αυτές και ειδικότερα οι πτυχώσεις του Pinkus έχουν ιδιαίτερη σημασία στην χειρουργική, γιατί όλες οι τομές πρέπει κατά το δυνατόν να φέρονται παράλληλα προς αυτές. Έτσι αποφεύγεται η δημιουργία ρικνωτικών ουλών που μπορούν να έχουν λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις στον ασθενή. (1)

2.Ανατομία – ιστολογία δέρματος

Εμβρυολογικά το δέρμα προέρχεται από το έξω και το μέσο βλαστικό δέρμα. Από το πρώτο προέρχεται η επιδερμίδα, οι αδένες και τα εξαρτήματα του δέρματος, ενώ από το δεύτερο το χόριο και το υπόδερμα. Έτσι εξηγείται και η σχέση του δέρματος σαν αισθητήριο όργανο προς το νευρικό σύστημα, που προέρχεται επίσης από το έξω βλαστικό δέρμα.

Η μεσοδερμική προέλευση του χορίου εξηγεί και την αγγειοβρίθεια του σε αντίθεση προς την επιδερμίδα, που στερείται αγγείων.

Η εναπόθεση μελανίνης στο χόριο αρχίζει από τον 4^ο μήνα της κύησης στους θύλακες των τριχών και επεκτείνεται στο υπόλοιπο δέρμα μετά την γέννηση.

Ιστολογικά το δέρμα αποτελείται από την επιδερμίδα, το χόριο και το υπόδερμα.

Η επιδερμίδα είναι η πιο επιπολής μοίρα του δέρματος και επικάθεται στο χόριο, με το οποίο συνδέεται με τις μεσοθηλαίες ακρολοφίες. Επειδή είναι όργανο χωρίς αιμοφόρα αγγεία τρέφεται από αυτά του χορίου με πλασματική διαπίδυση. Σχηματίζεται από κερατινοκύτταρα που έχουν σαν βασική λειτουργία την σύνθεση της κερατίνης, μιας πρωτεΐνης με προστατευτικές ιδιότητες. Τα κύτταρα αυτά μετασχηματίζονται με κερατινοποιημένα κύτταρα, που στερούνται ζωτικότητας.

Η επιδερμίδα διαχωρίζεται στην βλαστική και στην κερατίνη στιβάδα, που ιστολογικά σχηματίζουν πέντε στιβάδες, οι οποίες από το βάθος προς την επιφάνεια είναι οι εξής:

- α) Βλαστική στιβάδα 1. Βασική
- 2. Ακανθωτή
- β) Κερατίνη στιβάδα 1. Κοκκώδης
- 2. Διαφανής
- 3. Κερατίνη

α) ΒΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΙΒΑΔΑ

Η βασική στιβάδα αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών κυττάρων, που το βασεόφιλο πρωτόπλασμα τους έχει ινώδη μορφή και ονομάζονται κερατινοκύτταρα. Τα ινίδια αυτών βγαίνουν έξω από το κύτταρο και περιπλέκονται μεταξύ τους στο μεσοκυττάριο χώρο (ινίδια του Herxheimer) ή διεισδύουν μέσα στο χόριο και σχηματίζουν την σύνδεση της επιδερμίδας με αυτό. Από τις ίνες αυτές, όπως και από την προεκβολή των ελαστικών ινών του χορίου προς την επιδερμίδα, σχηματίζεται η βασική μεμβράνη, που δεν διασπάται από την επιδερμίδα και δεν αποκολλάται από το χόριο. Ο ελεύθερος μεσοκυττάριος χώρος είναι γεμάτος από λέμφο, που προέρχεται από τα αγγεία του χορίου και έχει σαν σκοπό την διατροφή των κυττάρων των στιβάδων της επιδερμίδας. Είναι χαρακτηριστικό ότι τα κύτταρα της βασικής στιβάδας εμφανίζουν πυρηνοκινησίες, γιατί από αυτά παράγονται όλα τα ζώντα κύτταρα

της επιδερμίδας, που στην συνέχεια κερατινοποιούνται και σχηματίζουν τις πιο επιπολεις στιβάδες .

Εκτός όμως από τα κυλινδρικά αυτά κύτταρα στη βασική στιβάδα υπάρχουν αστεροειδή, δενδριτικά κύτταρα, τα μελανοκύτταρα, που παράγουν μελανίνη. Η προέλευση των κυττάρων αυτών δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και έχουν για αυτό διατυπωθεί δύο θεωρίες, της νευρογενούς και της επιθηλιακής προέλευσης.

Κατά τον Rawles (1948) τα μελανοκύτταρα προέρχονται από ένα αρχέγονο κύτταρο της νωτιαίας χορδής, από το οποίο προέρχονται και διάφορα άλλα κύτταρα, όπως αυτά του Schwann, των γαγγλίων και της μυελώδους μοίρα των επινεφριδίων. Η μελανοβλάστη, που παράγεται στην νωτιαία χορδή, "μεταναστεύει" στην επιδερμίδα, διαφοροποιείται σε μελανοκύτταρο και στην συνέχεια πολλαπλασιάζεται στην βασική στιβάδα της επιδερμίδας. Μέσα στα δενδριτικά αυτά κύτταρα της επιδερμίδας υπάρχουν τα μελανοσώματα, στα οποία γίνεται η βιοσύνθεση της μελανίνης με την παρουσία τυροσινάσης. Η παραγόμενη μελανίνη εκκρίνεται μετά στα γύρω κερατινοκύτταρα.

Η ακανθωτή στιβάδα αποτελείται από 4-10 στοίχους κερατινοκυττάρων, που είναι πολυγωνικά κύτταρα και εμφανίζουν ινίδια μέσα στο οξεόφιλο πρωτόπλασμα τους, τα οποία σχηματίζουν πρωτοπλασματικές γέφυρες όταν βγουν έξω από αυτό. Ο μεσοκυττάριος χώρος της στιβάδας αυτής είναι γεμάτος από λέμφο για την διατροφή των κυττάρων.

Στη βασική στιβάδα διαιρείται κάθε κερατινοκύτταρο σε δύο, από τα οποία το ένα παραμένει σε αυτή, ενώ το άλλο πηγαίνει στην ακανθωτή, από όπου αρχίζει η κερατινοποίηση του. Αυτή αποτελεί την αυτολητική εκφύλιση των κυττάρων με τελικό προϊόν την κερατίνη, που είναι σκληροπρωτεΐνη αδιάλυτη στο νερό. Έτσι οι πιο επιφανειακές στιβάδες σχηματίζονται ανάλογα με την σταδιακή αλλαγή κατά την κερατινοποίηση.

β) ΚΕΡΑΤΙΝΗ ΣΤΙΒΑΔΑ

Η κοκκώδης στιβάδα αποτελείται από 2-3 στοίχους πλατυσμένων κυττάρων, που το πρωτόπλασμα τους περιέχει κερατουαλίνη.

Η διαφανής στιβάδα είναι η επιπολής στιβάδα της επιδερμίδας και λείπει, όπου αυτή είναι λεπτή. Αποτελείται από στοίχους απύρηνων κυττάρων, που στερούνται ζωτικότητας.

Η κεράτινη στιβάδα είναι σκληρή και ξερή με μεγάλη αντοχή. Αποτελείται από πλατυσμένα κύτταρα, που μερικά από αυτά περιέχουν μόνο υπολείμματα πυρήνων και στερούνται ζωτικότητας. Η στιβάδα αυτή αποπίπτει αφού σχηματισθούν φολίδες. Το κέλυφος των κυττάρων αυτών αποτελείται από ινίδια και κερατίνη.

Το χόριο έχει πάχος 0.3-3.0χιλ. και αποτελείται από δύο στιβάδες. Επιπολής είναι η θηλώδης και εν τω βάθει η δικτυωτή.

Και οι δύο στιβάδες αποτελούνται κυρίως από ινώδη ιστό, που σχηματίζει δεσμίδες μαζί με τις ελαστικές ίνες. Οι δεσμίδες αυτές είναι διαταγμένες σε δίκτυα χαλαρά στην θηλώδη και πιο πυκνά στη δικτυωτή στιβάδα. Οι ίνες του συνδετικού ιστού αποτελούνται κατά 90% από κολλαγόνο, ενώ οι ελαστικές από ελαστίνη. Στο χόριο υπάρχουν λείες μυϊκές ίνες που εντοπίζονται γύρω από τους θυλάκους των τριχών και τους ιδρωτοποιούς αδένες.

Τα κύτταρα του χορίου είναι οι ινοβλάστες, τα ιστιοκύτταρα, τα πλασματοκύτταρα και τα μαστοειδή κύτταρα, που βρίσκονται μέσα στην θεμέλια ουσία του συνδετικού ιστού, που αποτελείται από βλεννοπολυσακχαρίτες.

Η θηλώδης στιβάδα περιέχει, εκτός από τα κύτταρα, που αναφέρθηκαν, τριχοειδή αγγεία και νευρικές απολήξεις, μαζί με τα απτικά σωματίδια του Meissner. Η στιβάδα αυτή σχηματίζει κωνοειδείς ή κυλινδρικές προεκβολές (τις θηλές) μέσα στην επιδερμίδα, που χρησιμεύουν για την διατροφή της και την υποδοχή των τελικών αισθητικών νευρικών απολήξεων, κυρίως της αφής.

Στη δικτυωτή στιβάδα εισχωρούν οι ινώδεις δεσμίδες, που μέσα στο υπόδερμα σχηματίζουν τους καθεκτήριους συνδέσμους του δέρματος.

Η σύσταση του υποδόρματος διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Στο βλέφαρο και στην ακροποσθία αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό μέσω του οποίου συνδέεται το δέρμα με τους υποκείμενους ιστούς, γι' αυτό και είναι κινητό. Σε άλλες περιοχές παρεμβάλλεται μεταξύ του δέρματος και της επιπολής περιτονίας λιπώδης ιστός. Ο λιπώδης ιστός διακόπτεται από ινώδη διαφραγμάτια, που είναι συνέχεια των καθεκτηρίων συνδέσμων του χορίου, σχηματίζοντας έτσι τα λοβία.

Τέλος, στις περιοχές των μεγάλων αρθρώσεων (γόνατο, ισχίο, αγκώνα, ποδοκνημική), όπου φυσιολογικά δεν υπάρχει λίπος, σχηματίζονται υποδερμάτιοι ορογόνοι θύλακες από τον υπάρχοντα συνδετικό ιστό και την επιπολής περιτονία. Οι θύλακες αυτοί στερούνται στα σημεία όπου το δέρμα μπορεί εύκολα να συμπιεσθεί, λόγω του υποκείμενου οστού.

Η αγγείωση του δέρματος

Η αιμάτωση του δέρματος επιτελείται μέσω δύο τύπων αρτηριακών συστημάτων, του άμεσου δερματικού και του μυοδερματικού (Daniel & Williams 1973).

Κάθε στελεχιαία περιοχική αρτηρία, που είναι εμβρυολογικά άμεσος κλάδος της αορτής, ανευρίσκεται κάτω των υποκείμενων του δέρματος μυϊκών μαζών και συνδέεται με το αρτηριακό δερματικό πλέγμα, μέσω των διατιτρενουσών αρτηριών. Η σύνδεση αυτή γίνεται είτε άμεσα (άμεσο δερματικό αρτηριακό σύστημα), είτε έμμεσα μέσω των μυϊκών κλάδων (μυοδερματικό αρτηριακό σύστημα).

Οι άμεσες δερματικές αρτηρίες είναι η συνέχεια των διατιτρενουσών αρτηριών και πορεύονται κατά μήκος της επιπολής μυϊκής περιτονίας, παράλληλα προς το δέρμα. Αντίθετα, οι μυοδερματικές αρτηρίες προέρχονται από τους μυϊκούς κλάδους των διατιτρενουσών αρτηριών και διαπερνούν

κάθετα το υποδόριο λίπος. Και τα δύο αυτά αρτηριακά συστήματα, στο ύψος της επιπολής περιτονίας, σχηματίζουν το υποδερματικό αγγειακό δίκτυο, που ανευρίσκεται στην επιπολής περιτονία, μεταξύ υποδόριου ιστού και χορίου.

Επίσης δίνει κατιόντες κλάδους για την αιμάτωση των βολβών των τριχών, των σπειραμάτων των ιδρωτοποιών αδένων και των λιπωδών λοβίων του υποδέρματος.

Το φλεβικό δίκτυο αρχίζει από τα τριχοειδή, που σχηματίζονται στις θηλές της βασικής στιβάδας του δέρματος. Το αίμα στη συνέχεια αποχετεύεται μέσω των φλεβών, που διαπερνούν το χόριο και πορεύονται παράλληλα προς τις αρτηρίες. Μεταξύ χορίου και επιπολής περιτονίας, οι φλέβες σχηματίζουν το υποδερματικό φλεβικό δίκτυο, το οποίο αποχετεύεται μέσω των στελεχιαίων περιοχικών φλεβών.

Τα λεμφαγγεία αρχίζουν από τις θηλές της θηλώδους στιβάδας του χορίου και σχηματίζουν το υποθηλώδες λεμφικό δίκτυο, που αποχετεύει την λέμφο σε μεγαλύτερα αγγεία, τους ονομαζόμενους προσυλλέκτες.

Τα νεύρα του δέρματος

Το δέρμα είναι όργανο πλούσιο σε αρκετά περίπλοκο νευρικό ιστό. Αποτελείται από ελεύθερες απολήξεις νευρικών ινών και διαφόρων νευρικών σχηματισμών. Τα νεύρα προέρχονται από τους εν τω βάθει νευρικούς κλάδους και συνοδεύουν τα αγγεία.

Τα νεύρα της επιδερμίδας βρίσκονται στην βασική στιβάδα και την μαλπιγιανή και δεν υπερβαίνουν την κοκκώδη στιβάδα. Στην επιδερμίδα βρίσκονται: α) οι ελεύθερες αμύελες απολήξεις των νευρικών ινών, οι οποίες εισέρχονται μέσα σε αυτήν και μεταξύ των κυττάρων της ακανθωτής στιβάδας, διακλαδίζονται και καταλήγουν ελεύθερα μεταξύ των κυττάρων με κομβιοειδή άκρα. Το σύστημα αυτό των νευρικών ινών δέχεται αμέσως τους εξωτερικούς ερεθισμούς. β) οι απτικοί μνηίσκοι των Merkel-Ranvier, που αποτελούνται από νευρικούς ακρεμώνες περικλείοντας ειδικά κύτταρα τα οποία βρίσκονται μεταξύ της βασικής στιβάδας και κάτω από αυτήν.

Όσον αφορά τα νεύρα του χορίου, στη θηλώδη στιβάδα του βρίσκονται:

α) οι ελεύθερες απολήξεις των νευρικών ινών, αμύελες ή εμμύελες, τόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, όσο και του φυτικού νευρικού συστήματος, σχηματίζοντας το περιαγγειακό δίκτυο. Οι περισσότερες από τις ίνες είναι αμύελες. β) τα σωμάτια των Wagner-Meissner, τα οποία θεωρούνται όργανα της αφής. Τα συναντούμε μόνο εντός των θηλών και εντός των ραγών των δακτύλων. Αποτελούνται από μια θήκη από συνεκτικό ιστό, μέσα στην οποία υπάρχει μια νευρική ελίσσόμενη σπειροειδής και περιβάλλεται από το περινεύριο. Τα σωμάτια αυτά είναι τα κυρίως όργανα της αφής, παραλλαγή αυτών είναι τα σωμάτια του Dogiel. γ) τα σωμάτια του Krause ή γεννητικά σωμάτια, που έχουν σχέση με την γεννητική σφαίρα και βρίσκονται στα γεννητικά όργανα (βάλανος, κλειτορίδα, ακροποσθία) στα άκρα των χειλέων και της γλώσσας.

Στην εν τω βάθει στιβάδα του χορίου βρίσκονται σπανιότερα σωμάτια, καθώς και αμύελες ή εμμύελες νευρικές ίνες.

Στο υπόδερμα υπάρχουν πολυάριθμοι νευρικοί σχηματισμοί, αρκετά χαρακτηριστικοί. Ακόμη υπάρχουν: α) τα σωμάτια του Vater-Pacini , τα οποία θεωρούνται το όργανο της εν τω βάθει αισθήσεως της αφής. Χαρακτηρίζονται από μία θήκη αρκετά παχιά, αποτελούμενη από 20-60 πετάλια κολαγονικού ιστού. β) τα σωμάτια του Ruffini , που αποτελούνται κι αυτά από 4-5 πέταλα. Το έσω έλυτρο και ατρακτοειδές και περιέχει άφθονες ελαστικές ίνες. Η νευρική ίνα σχίζεται σε πολυπληθή κισσοειδή κλωνία, που αναστομώνονται σε αδιέξοδο δίκτυο και καταλήγει σε κομβιοειδή άκρα.

Τα εξαρτήματα του δέρματος

Στα εξαρτήματα του δέρματος περιλαμβάνονται: οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες, οι τρίχες και τα νύχια.

Οι σμηγματογόνοι αδένες είναι ολοκρινείς αδένες, που υπάγονται στους κυψελωτούς αδένες και ανευρίσκονται μέσα στη θηλώδη στιβάδα του χορίου, ενώ λείπουν από το δέρμα των παλαμών και των πελμάτων. Οι αδένες αυτοί

εκκρίνουν το σμήγμα, που αποτελείται από λίπος, ράκη κυττάρων και λέπια από την κερατίνη στιβάδα της επιδερμίδας. Παραλλαγές των αδένων αυτών αποτελούν: οι αδένες των βλεφάρων του Meibom, οι βλεφαρικοί αδένες της θηλαίας άλω του Montgomery, οι αδένες της ακροποσθίας και αυτοί των μικρών χειλέων του αιδοίου.

Οι ιδρωτοποιοί αδένες είναι εξωκρινείς, που βρίσκονται σε όλο το σώμα εκτός από τα χείλη και την ακροποσθία. Απαντώνται σε αριθμό μεταξύ 143-330 κατά cm^2 δέρματος, αριθμός που ποικίλει ανάλογα με την φυλή, το κλίμα και την ομοιομορφία του σώματος. Γενικά υπολογίζεται, ότι ένας φυσιολογικός ενήλικας φέρει περί τα 3 εκατομμύρια ιδρωτοποιούς αδένες. Ο αριθμός όμως αυτός είναι σημαντικά μεγαλύτερος κατά την νεογνική ηλικία. Η διαφορά αυτή οφείλεται στην έλλειψη εμφάνισης νέων αδένων μετά την γέννηση, την εκφύλιση των υπαρχόντων και την ανάπτυξη του δέρματος κατά επιφάνεια.

Στο δέρμα υπάρχουν δύο ειδών αδένες, οι μικροί εκκρινείς και οι μεγάλοι αποκρινείς. Οι εκκρινείς αδένες που είναι περισσότεροι, ανευρίσκονται στις περιοχές του δέρματος που δεν υπάρχουν τρίχες. Οι αποκρινείς αδένες αντίθετα, απαντώνται στις περιοχές που καλύπτονται από τρίχες και αναπτύσσονται μετά την εφηβεία. Η σύνθεση του παραγόμενου ιδρώτα είναι διαφορετική για τον κάθε είδους αδένα. Έτσι ο ιδρώτας των αποκρινών αδένων είναι παχύρρευστος, θολερός, ελαφρά κίτρινος και άοσμος. Λόγω όμως της ποιο επιφανειακής θέσης των αποκρινών αδένων η χλωρίδα του δέρματος προκαλεί διάσπαση του εκκρίματος και ο παραγόμενος ιδρώτας αποκτά την χαρακτηριστική οσμή, για αυτό και ονομάστηκαν οσμογόνοι αδένες.

Ιστολογικά, οι αδένες αποτελούνται από την αδενική εκκριτική μοίρα, που έχει σωληναριακή υφή και τον εκφορητικό πόρο. Η αδενική εκκριτική μοίρα αποτελείται από τριών ειδών κύτταρα: τα διαυγή εκκριτικά, τα μυοεπιθυλιακά και τα βαθύχρωμα εκκριτικά κύτταρα. Οι εκκρινείς αδένες δεν συνδέονται με τις ρίζες των τριχών, ενώ οι αποκρινείς παροχετεύονται στις βάσεις των τριχών.

Τα νεύρα, που νευρώνουν τους ιδρωτοποιούς αδένες χωρίζονται σε χοληνεργικά και αδρενεργικά. Οι νευρικές απολήξεις καταλήγουν στα κύτταρα της αδενικής εκκριτικής μοίρας. Οι αποκρινείς αδένες περιέχουν αδρενεργικές απολήξεις, ενώ οι εκκρινείς χοληνεργικές.

Οι τρίχες, που είναι νήματα από κερατίνη, εξορμώνται από τους θύλακες των τριχών, που διεισδύουν λοξά μέσα στο χόριο και σε διαφορετικό βάθος. Οι θύλακες αποτελούνται εξωτερικά από συνδετικό ιστό, που είναι συνέχεια του χορίου (ινώδης θύλακας) και εσωτερικά καλύπτονται από επιθηλιακά κύτταρα που είναι συνέχεια της βλαστικής και κερατίνης στιβάδας της επιδερμίδας (επιθηλιακός θύλακας).

Μέσα στον επιθηλιακό θύλακα κατασκηνεί η τρίχα, που περιβάλλεται από έναν λεπτό υμένα τον κολεό. Η τρίχα μεγαλώνει από την θηλή που βρίσκεται στη βάση του θύλακα. Έτσι οι τρίχες μπορούν να αναπτυχθούν όπου υπάρχουν υγιείς θύλακες. Αυτοί ελαττώνονται φυσιολογικά κατά την διάρκεια της ζωής, οπότε εμφανίζεται η μειωμένη τριχοφυΐα. Όταν δε καταστραφούν όπως στο εγκαυματικό τραυματικού πάχους ή στο λαμβανόμενο δερματικό μόσχευμα, τότε είναι αδύνατον να αναπτυχθούν ξανά στις περιοχές αυτές. Η ταχύτητα ανάπτυξης των τριχών εξαρτάται από την μιτωτική δραστηριότητα των κυττάρων της θηλής. Το σχήμα των τριχών εξαρτάται από την διάταξη των κυττάρων στη θηλή, έτσι ώστε στο κεφάλι να είναι στρόγγυλες ενώ στα φρύδια, στο εφήβαιο και στα γένια να είναι ωοειδές.

Στο άνω τριτημόριο του επιθηλιακού θύλακα εκβάλλει ο εκφορητικός πόρος του σμηγματογόνου αδένος που βρίσκεται στον ινώδη θύλακα. Εκεί προσφύονται λοξά και οι ορθοτήρες μυς. Οι μυς αυτοί, που αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες, συμπιέζουν τους ιδρωτοποιούς αδένες, όταν συσπώνται, ρυθμίζοντας έτσι την διαπνοή του δέρματος αλλά και την εκκένωση του εκκρίματος των σμηγματογόνων αδένων. Επίσης στους μυς αυτούς οφείλεται και η ικανότητα των τριχών να στέκουν κάθετες προς το δέρμα(χήναιο δέρμα) που συνοδεύει την έκφραση του φόβου ή της φρίκης.

Η τρίχα, ιστολογικά, αποτελείται από το περιτρίχιο, την φλοιώδη και την μυελώδη ουσία. Το μεν περιτρίχιο αποτελείται από μια στιβάδα απύρηνων και διαφανών κερατινοποιημένων κυττάρων, η δε φλοιώδης ουσία από κερατινοποιημένα ατρακτοειδή κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά συνέχονται με ινίδια, που περιέχουν χρωστική ουσία από την οποία εξαρτάται και η χροιά της τρίχας. Η μυελώδης ουσία, τέλος, αποτελείται από κερατινοποιημένα κυβοειδή κύτταρα, που βρίσκονται στο κέντρο της τρίχας και είναι παχύτερη στις κοντές και λεπτότερη στις μακριές τρίχες.

Τα νύχια είναι κεράτινα πέταλα, που συμφύονται στο δέρμα της ράχης της τρίτης φάλαγγας των δακτύλων (κοίτη Θ και συγκεκριμένα στην βλαστική στιβάδα της επιδερμίδας, που είναι αγγειοβριθής και επώδυνος. Η κάτω και κεντρική μοίρα της κοίτης ονομάζεται μήτρα, γιατί από εκεί αναγεννάτε και αυξάνεται το νύχι. Όταν το τμήμα αυτό λείπει, από τραυματικά κυρίως αίτια, έχει σχήμα μηννοειδές, χροιά λευκωπή και ονομάζεται ανατολή του όνυχος.

Η αξία των νυχιών, λειτουργικά παραγνωρίζεται από τους χειρουργούς γιατί ίσως να μην έχει γίνει συνειδητή η χρησιμότητά τους. Πρέπει να τονισθεί ότι τα νύχια πέραν του ότι προφυλάσσουν τα δάκτυλα από τραυματισμούς, συμβάλλουν στη σύλληψη λεπτών αντικειμένων. Και τούτο διότι η ράγα του δακτύλου, πιεζόμενη σε όλη την επιφάνεια, βρίσκει σαν αντέρεισμα το νύχι, που έχει επιφάνεια επίπεδη και ισομεγέθη προς αυτήν, και όχι το οστόν της φάλαγγας που είναι κυλινδρικό. (1,13)

3. Φυσιολογία του δέρματος

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του ανθρώπινου σώματος, αφού αντιπροσωπεύει το 16% του σωματικού βάρους του νεογνού και το 7% του ενήλικα. Παρουσιάζει πολλές παθητικές και ενεργητικές λειτουργίες, για αυτό άλλωστε θεωρείται σαν παρεγγυματώδες όργανο υψηλής διαφοροποίησης.

Στις παθητικές λειτουργίες του συγκαταλέγονται διάφορες φυσικές του ιδιότητες, όπως η ελαστικότητα, η διατατότητα και η ανθεκτικότητα, που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των εξωγενών μηχανικών βλαπτικών παραγόντων. Σαν μεμβράνη έχει την ιδιότητα της ημιδιαπερατότητας για διάφορες ουσίες. Έτσι για το νερό είναι μεν διαπερατό σαν μεμβράνη προς τα έξω, αδιαπέραστο όμως προς τα έσω.

Για την προστασία του οργανισμού από άλλους βλαπτικούς παράγοντες το δέρμα χρησιμοποιεί και τους ενεργητικούς του μηχανισμούς. Έτσι αντιδρά στην επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας με την υπερπαραγωγή μελανίνης, που είναι ανάλογη προς την ένταση της ακτινοβολίας.

Για να εμποδίσει την εισβολή των μικροβίων στον οργανισμό, το δέρμα διαθέτει τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Έχει όξινο pH 5,6 που δεν ευνοεί την ανάπτυξη των μικροβίων. Η κερατίνη στιβάδα του έχει τέτοια υφή, που δρα σαν φίλτρο και δεν επιτρέπει την είσοδο των μικροβίων. Τέλος η αγγειοβρίθεια του χορίου αποτελεί φραγμό για την αναχαίτιση μιας εισβολής μικροοργανισμών. Έκτος όμως από τους παραπάνω μηχανισμούς το δέρμα έχει την ικανότητα να κινητοποιεί τους πλέον τέλειους ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς του σώματος για την καταπολέμηση μικροοργανισμών ή άλλων βλαπτικών ουσιών, που κατόρθωσαν να διεισδύσουν σε αυτό.

Το δέρμα, σαν εκκριτικό όργανο, εκκρίνει το σμήγμα και τον ιδρώτα. Το σμήγμα συμβάλλει στην διατήρηση της μαλακής και αδιάβροχης υφής του δέρματος όπως και στην λίπανση των τριχών. Η έκκριση του ιδρώτα (άδηλος διαπνοή), που υπολογίζεται σε 1200 cm^3 το 24ωρο, δίνει στο δέρμα την ιδιότητα του δεύτερου μεγαλύτερου εκκριτικού οργάνου μετά τους νεφρούς. Η αποβολή χλωριούχου νατρίου, ουρίας και άλλων ουσιών είναι τόσο σημαντική, ώστε πρέπει να συνυπολογίζεται στη ρύθμιση των απωλειών των υγρών. Η άδηλος διαπνοή, εξ άλλου, σε συνδυασμό με την αγγειοβρίθεια του δέρματος προσδίδει σε αυτό την ιδιότητα του κυριότερου θερμορυθμιστικού οργάνου του

οργανισμού. Το δέρμα αποτελεί επίσης ένα από τα πέντε αισθητήρια όργανα, που κατασκευάζονται οι υποδοχείς για την αίσθηση της αφής. Επίσης παράγει την βιταμίνη D3 που αποτελεί μια από τις δύο αντιραχιτικές βιταμίνες, ενώ συμβάλλει στον μεταβολισμό του σιδήρου και των στεροειδών. (1)

Κεφάλαιο 2. Κατακλίσεις

1. Ιστορική ανασκόπηση

Η παρουσία κατακλίσεων στον άνθρωπο δεν αποτελεί κάποιο καινούργιο πρόβλημα. Η αντιμετώπιση των κατακλίσεων αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα διαχρονικά προβλήματα που απασχολούν τη νοσηλευτική. Από την αρχαία εποχή ήταν γνωστή η χρήση φυτικών εκχυλισμάτων για θεραπευτικούς λόγους στα τραύματα.

Στη δεκαετία του 1930 γίνονταν προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας αυτής της μεγάλης "πληγής" των νοσοκομείων. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνταν αφορούσαν κυρίως αλοιφές και μίγματα ρητινωδών ουσιών καθώς και επιθέματα που προήγαν την υγρή θερμότητα. Ιδιαίτερη έμφαση δινόταν στην καθαριότητα και την χρήση μεθυλικής αλκοόλης ως μέσο εντριβής και η χρήση πούδρας από βορικό οξύ.

Στοιχεία κατακλίσεων εντοπίστηκαν στις αρχαίες Αιγυπτιακές μούμιες και αξιόλογες αναφορές βρίσκονται στα συγγράμματα του Ιπποκράτη, του Κέλσιου, του Λίστερ και του Παρέ, τα οποία χρονολογούνται από τον 4^ο π.χ. αιώνα και τον 19^ο μΧ αιώνα.

Η πρωιμότερη αναφορά ανθρώπου με πληγές που επουλώνονται είναι σε τοιχογραφία σπηλαίου στην Ισπανία. Αυτό αντιπροσωπεύει μια από τις πρώτες καταγεγραμμένες πληγές από την ιστορία της εποχής του λίθου. Από την πρώτη γραπτή ιστορία είναι φανερό ότι οι Ασσύριοι γνώριζαν σχετικά με την θεραπεία πληγών, όχι μόνο από παρατήρηση αλλά και από την πλευρά της πρακτικής διευθέτησης.

Οι Αιγύπτιοι, επίσης γνώριζαν σχετικά με την επούλωση, ενώ διάφορες πρακτικές έχουν καταγραφεί. Προφανώς οι Αιγύπτιοι δούλευαν εμπειρικά και καταλάβαιναν την έννοια της βασικής επούλωσης των πληγών.

Αμέσως μετά τους Αιγύπτιους ήρθε η ινδική γνώση, όπως μαρτυρείται στο << Sursuta Samxita>>. Αυτό περιλαμβάνει μεθόδους συρραφής δέρματος και λεπτομέρειες τεχνικών εγκοπής οιδημάτων με πύο.

Ο πατέρας της ιατρικής Ιπποκράτης, έκανε διάφορες δηλώσεις για τις πληγές και είχε συνειδητοποιήσει τη σημασία της μόλυνσης σε σχέση με αυτές. Καταλάβαινε τις έννοιες τις πρωτογενούς και δευτερογενούς επούλωσης με τη χρήση αντισηπτικών όπως το κρασί.

Αργότερα ο λόρδος Λίστερ, εισήγαγε την αντισηψία και συνειδητοποίησε ότι χρησιμοποιώντας αντισηψία , συμπαγή τραύματα θεραπεύονταν και έτσι αποφεύγονταν η αφαίρεση του μολυσμένου οργάνου.

Ο Φλέμινγκ υποστήριξε το 1920 ότι η αξία του αντισηπτικού-αντιμικροβιακού αποτελέσματος των αντισηπτικών πρέπει να σταθμίζεται σε σχέση με την τοξικότητα στους ιστούς.

Τέλος ο Παρέ έγραψε ότι μπορούσε να δέσει μια πληγή, αλλά μόνο ο Θεός μπορούσε να την γιατρέψει.

Σήμερα η δημιουργία κατακλίσεων στους νοσηλευόμενους ασθενείς αποτελεί, σε μεγάλο βαθμό, νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων αποτελεί μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας. Ιδιαίτερα για τους ασθενείς υψηλού κινδύνου για κατακλίσεις το μέτρο αυτό αποτελεί προτεραιότητα του θεραπευτικού τους προγράμματος.

Οι κατακλίσεις εκτός από τον πόνο και την ανησυχία που προκαλούν στους ασθενείς συμβάλλουν στην δημιουργία ιατρονοσηλευτικών και κοινωνικό-οικονομικών προβλημάτων όπως είναι : α)αύξηση της νοσηλευτικής φροντίδας με αποτέλεσμα την εντατικοποίηση της νοσηλείας, β)καθυστέρηση της εξόδου των ασθενών από το νοσοκομείο, με επακόλουθο την αύξηση του

μέσου όρου παραμονής τους και με συνέπεια την αύξηση της ζήτησης των νοσοκομειακών κρεβατιών.

Επιπλέον, αν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες, οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς ακόμη και στον θάνατο.

Η αιτιολογία, η πρόληψη, η θεραπεία και το κόστος των κατακλίσεων μελετήθηκαν από πολλούς ερευνητές. Ιδιαίτερα το κόστος έχει μελετηθεί και αξιολογηθεί σε πολλές προηγμένες χώρες. Στη Μεγάλη Βρετανία για παράδειγμα το κόστος των κατακλίσεων για το 1973 υπολογίστηκε σε 60.000£, ενώ το 1977 σε 100.000.000£. Στις ΗΠΑ μόνο για το 1984 δαπανήθηκαν 9 δισεκατομμύρια δολάρια.

Δυστυχώς πάρα την αφθονία των τεχνικών μέσων και την ποικιλία των φαρμακευτικών σκευασμάτων που υπάρχουν, οι κατακλίσεις παραμένουν πρόβλημα το ίδιο σημαντικό όπως και κατά το παρελθόν.

2.Επιδημιολογία:

Τα 2/3 των κατακλίσεων παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, που βρίσκονται σε γηροκομεία, όπου ο επιπολασμός των κατακλίσεων υπολογίστηκε να κυμαίνεται από 17% μέχρι 28%. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο με κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας, η συχνότητα των κατακλίσεων κυμαίνεται από 3% μέχρι 11%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη συχνότητα υποτροπής των κατακλίσεων που φθάνει το 90%.

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν εθνικές μελέτες με επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία για τον επιπολασμό των κατακλίσεων, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να καταγραφεί το μέγεθος του προβλήματος και έτσι να μην είναι δυνατή η χάραξη κοινής πολιτικής στα νοσοκομεία για την λήψη προληπτικών μέτρων.

Βέβαια σε μεγάλο νοσοκομείο των Αθηνών μια εκτίμηση που έγινε έδειξε ότι ο δείκτης συχνότητας των κατακλίσεων το 1985 ήταν 6,5%, στο ίδιο νοσοκομείο το 1987 βρέθηκε 6,4%. Πρόσφατη μελέτη που έγινε το 1992 και περιέλαβε 20 μεγάλα νοσοκομεία της περιοχής του Λεκανοπεδίου Αττικής καθόρισε το δείκτη σε 6,7%.

Οι κατακλίσεις εντοπίζονται σε ποσοστό 96% κάτω από το επίπεδο του ομφαλού και το 75% όλων των κατακλίσεων συμβαίνει στην περιοχή της πυέλου

Θεωρητικά και κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες κάθε οστική προεξοχή του ανθρώπινου σκελετού μπορεί να αποτελέσει το έδαφος για την ανάπτυξη κατακλίσεων.

Επίσης το 41% των κατακλίσεων εμφανίζεται σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα, το 27% με νευρολογική νόσο, το 15% με πολλαπλά κατάγματα και τέλος το 11% στην ΜΕΘ.^(3,11)

3.Ορισμός κατακλίσεων

Ο ορισμός της κατάκλισης ποικίλει στις διάφορες μελέτες. Οι Kosiat και Barton ως κατάκλιση όρισαν, την πληγή που προξενήθηκε εξαιτίας παρατεταμένης περιόδου ισχαιμίας των ιστών.

Οι Ek και Boman όρισαν ως κατάκλιση τον επίμονο αποχρωματισμό του δέρματος (βαθύ κόκκινο ή κοκκινωπό- μπλε χρώμα), βλάβη του επιθηλιακού ιστού και καταστροφή των υποκείμενων ιστών του δέρματος. Περισσότερο αποδεκτός ορισμός είναι του Chrisp που ορίζει την κατάκλιση ως κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος, η οποία προκαλείται, από την διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς του σώματος.

Μια πιο πρόσφατη προσπάθεια να οριστεί σωστά η κατάκλιση την αποδίδει ως εξής : κατακλίσεις ή έλκη εκ πίεσεως ορίζονται οι τοπικές βλάβες του δέρματος και των υποκείμενων ιστών που προκαλούνται εξαιτίας δυνάμεων

πίεσης, δυνάμεων κατάτμησης, δυνάμεων τριβής ή συνδυασμό αυτών των δυνάμεων. Συνήθως παρουσιάζονται όταν ένας μαλακός ιστός πιέζεται μεταξύ μιας οστικής προεξοχής και μιας εξωτερικής επιφάνειας για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η άσκηση σταθερής πίεσης άνω των 70mmHg, που υπερβαίνει κατά πολύ την πίεση πλήρωσης των τριχοειδών των 30mmHg για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 2 ωρών, οδηγεί σε απόφραξη της μικροκυκλοφορίας και σε μη αναστρέψιμες βλάβες των ιστών.

Γενικά, οι κατακλίσεις θεωρούνται το αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Εξωγενείς παράγοντες είναι η διάρκεια και η ένταση της ασκούμενης πίεσης, η τριβή, οι δυνάμεις διαχωρισμού δέρματος- υποδόριου λίπους(κατάτμησης) και η υγρασία. Οι εξωγενείς παράγοντες αδυνατούν να δικαιολογήσουν απόλυτα την δημιουργία κατακλίσεων, αφού ορισμένα άτομα παρουσιάζονται ιδιαίτερα ευάλωτα στην ανάπτυξη κατακλίσεων λόγω της ύπαρξης ενδογενών παραγόντων. Οι κατακλίσεις δημιουργούνται σε ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας. Είναι συχνότερες σε πολύ:

- ✓ Ηλικιωμένους ασθενείς
- ✓ Καχεκτικούς ασθενείς
- ✓ Παχύς ασθενείς
- ✓ Κλινήρεις
- ✓ Εξασθενημένους ασθενείς
- ✓ Ασθενείς με ακράτεια ούρων
- ✓ Νευροπαθείς με απώλεια συνειδήσεως
- ✓ Ασθενείς αφυδατωμένοι με κακή θρέψη
- ✓ Ασθενείς με τα μέλη σε νάρθηκες
- ✓ Ασθενείς με λεπτό και υπερευαίσθητο δέρμα.
- ✓ Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.^(4,5,6)

4.Μέρη εμφάνισης κατακλίσεων

Οποιοδήποτε μέρος του σώματος που δέχεται πίεση μπορεί να ανοίξει πληγή. Τα πιο επικίνδυνα μέρη είναι εκείνα όπου τα οστά ή οι οστικές προεξοχές είναι κοντά στο δέρμα και στα μέρη που κρατούν το βάρος του σώματος.

Η κατάκλιση που δημιουργείται μπορεί να γίνει μεγάλη και βαθιά. Οι κατακλίσεις συμβαίνουν πολύ συχνά σε περιοχές όπου τα οστά είναι πολύ κοντά στο δέρμα. Οι πιο συνηθισμένες περιοχές ελκών από κατακλίσεις είναι:

- ✓ Τα ισχία
- ✓ Η περιοχή του ιερού οστού
- ✓ Των γλουτών
- ✓ Οι φτέρνες
- ✓ Οι αγκώνες
- ✓ Οι ώμοι
- ✓ Τα γόνατα
- ✓ Τα αυτιά

Σε ύπτια θέση τα μέρη που είναι επικίνδυνα για κατακλίσεις είναι:

- ✓ Οι φτέρνες
- ✓ Κάτω μέρος της ράχης
- ✓ Ωμοι

Σε πλάγια θέση είναι:

- ✓ Το οστικό μέρος στην έξω πλευρά του αστραγάλου
- ✓ Το πάνω μέρος της έξω πλευράς του μηρού, εκεί που το οστό του μηρού είναι κοντά στο δέρμα
- ✓ Μέσα πλευρά των γονάτων

Οι παχύς ασθενείς παρουσιάζουν έλκη από κατακλίσεις, εκεί που τα μέρη του σώματος τρίβονται μεταξύ τους, όπως:

- ✓ Ανάμεσα στις πτυχές των γλουτών
- ✓ Ανάμεσα στα πόδια

- ✓ Κάτω από το στήθος
- ✓ Στις πτυχές τις κοιλιάς

Το τρίψιμο στο μπάνιο μπορεί να προκαλέσει έλκη από κατακλίσεις, όταν είναι έντονο.

Για τους τετραπληγικούς μια περιοχή που είναι επικίνδυνη για κατακλίσεις είναι:

- ✓ Τα μέρη του βραχίονα
- ✓ Των χεριών όπου δεν υπάρχει αίσθηση.^(3,7,8)

5. ομάδες υψηλού κινδύνου- αίτια εμφάνισης κατακλίσεων

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις από ερευνητές για τη δημιουργία των κατακλίσεων. Η δημιουργία των κατακλίσεων εξαρτάται από την συνέργεια εξωγενών αλλά και ενδογενών παραγόντων. Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι από όλους τους αιτιολογικούς παράγοντες ο πιο σημαντικός είναι η πίεση που ασκείται και ειδικότερα η ένταση και η διάρκεια της.

Οι εξωγενείς παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν τα εξωτερικά στρώματα του δέρματος και είναι οι εξής:

Πίεση στα προεξέχοντα μέρη του σώματος- Η παρατεταμένη άσκηση εξωτερικής πίεσης κυρίως στις περιοχές οστικών προεξοχών, προκαλεί μειωμένη αιμάτωση στους αντίστοιχους ιστούς με αποτέλεσμα την κακά οξυγόνωση και νέκρωση τους.

Διαμητική δύναμη, η οποία είναι η πίεση που ασκείται όταν το σώμα γλιστράει ή κινείται χωρίς να ανυψώνεται. Το δέρμα παραμένει στο ίδιο σημείο ενώ το σώμα γλιστρά σε άλλη κατεύθυνση, κάτι που μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό.

Τριβή του δέρματος σε σκληρές επιφάνειες προκαλεί ερυθρότητα, εκδορές και φυσαλίδες.

Υγρασία από ακράτεια ούρων ή κοπράνων, εφίδρωση ή άλλα απεκκρίματα, η οποία σύμφωνα με μελέτες αποδείχτηκε ότι πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων.

Οι ενδογενείς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την λειτουργία της απορροφητικής ικανότητας των υποστηρικτικών δομών του δέρματος και ειδικότερα του κολλαγόνου και της ελαστίνης, είναι οι εξής:

Ακινησία- η βαριά γενική κατάσταση του ατόμου, η ακινησία και η έλλειψη δραστηριότητας είναι σοβαροί παράγοντες κινδύνου, επειδή η ακινησία σχετίζεται με την μεταβολή του ποσού και του ελέγχου των κινήσεων και η έλλειψη δραστηριότητας με τη μεταβολή της ανεξάρτητης βάδισης.

Κακή διατροφή- υπολευκωματιναιμία. Η μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών και η αφυδάτωση συμβάλει στην εμφάνιση των κατακλίσεων και καθυστερεί την διαδικασία της επούλωσης, αυξάνοντας επίσης τους κινδύνους λοίμωξης. Ο ασθενής χρειάζεται πρόσληψη 1,5-2 gr/kgr βάρους πρωτεϊνών καθημερινά και χορήγηση βιταμινών Α και C.

Προχωρημένη ηλικία. Η ηλικία του ατόμου, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους δημιουργεί από μόνη της μεταβολές στην ακεραιότητα του δέρματος γιατί οι κολλαγόνες ίνες του υποβάλλονται σε αλλαγές οι οποίες μειώνουν την ισχύ και την ελαστικότητά του. Η επούλωση γενικά ενός τραύματος χρειάζεται 3 φορές περισσότερο χρόνο σε έναν ασθενή ηλικίας άνω των 60 ετών. Με την πάροδο της ηλικίας ο κίνδυνος για κατάκλιση γίνεται ακόμη μεγαλύτερος, το δέρμα γίνεται πιο λεπτό, λιγότερο ελαστικό και πολύ ευαίσθητο, η ανθεκτικότητα του δέρματος μειώνεται τις ώρες που το άτομο βρίσκεται στο κρεβάτι ή στο κάθισμα. Καθώς η κυκλοφορία είναι κακή και το σώμα γηράσκει το δέρμα δεν είναι ικανό αρκετά να αποβάλει τα άχρηστα συστατικά. Έτσι το δέρμα γίνεται ακόμη πιο ευαίσθητο στις λοιμώξεις και η επούλωση να γίνεται με πολύ αργούς ρυθμούς.

Διανοητική κατάσταση. Η μείωση του επιπέδου συνείδησης κυρίως στους ηλικιωμένους εξαιτίας της νόσου Alzheimer ή αγγειακών εγκεφαλικών

επεισοδίων θέτουν τον ηλικιωμένο σε υψηλό κίνδυνο κατάκλισης και αυτό συμβαίνει γιατί η ικανότητα του ηλικιωμένου να αναγνωρίσει και να απαντήσει στον πόνο που συνοδεύει την κατάκλιση έχει υποστεί μεταβολές.

Αυξημένη θερμοκρασία. Οι διαταραχές της θερμοκρασίας, ο πυρετός δημιουργεί αυξημένη εφίδρωση, ενώ η υποθερμία προκαλεί μείωση της περιφερικής κυκλοφορίας με σκοπό να διατηρηθεί η θερμοκρασία σε ικανοποιητικά επίπεδα. Όταν αυξάνει η θερμοκρασία του ιστού που ήδη βρίσκεται σε κίνδυνο για ισχαιμία λόγω πίεσης, η περιοχή γίνεται περισσότερο ευπαθής στην νέκρωση.

Ελαττωμένη αρτηριακή πίεση και ινότροπα, που οδηγούν σε πτωχή αιμάτωση των ιστών.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση stress, τα επινεφρίδια αυξάνουν την έκκριση γλυκοστεροειδών οπότε αναστέλλεται η σύνθεση κολλαγόνου και ο ιστός γίνεται επιρρεπής για δημιουργία κατάκλισης.

Έλλειψη αισθητικότητας. Σε παραπληγικά και τετραπληγικά άτομα λόγω της ακινησίας και της απώλειας αισθητικότητας του δέρματος αυξάνεται επίσης ο κίνδυνος δημιουργίας κατάκλισης.

Οι υποκείμενες νόσοι όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, περιφερική αγγειακή νόσος, νεφρική ανεπάρκεια, shock καθώς και κάθε νόσος που οδηγεί σε ακινησία, ημιπληγία, παραπληγία, τετραπληγία.

Το οίδημα, μειώνει την ελαστικότητα του δέρματος με αποτέλεσμα μειωμένη αιμάτωση των ιστών σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας.

Η αναιμία θεωρείται υψηλός κίνδυνος για τον σχηματισμό της κατάκλισης, η μειωμένη οξυγόνωση των ιστών ιδιαίτερα στην περιοχή της κατάκλισης καθυστερεί τον σχηματισμό του κολλαγόνου και την έγκαιρη επιθηλιοποίηση.

Η μεγάλη απώλεια βάρους που μειώνει την αντίσταση του οργανισμού και λεπταίνει τον υποδόριο ιστό.

Η μεγάλη παχυσαρκία η οποία αυξάνει το βάρος, προκαλεί μεγαλύτερη πίεση στα ευαίσθητα σημεία.

Το κάπνισμα σε συνδυασμό με την κάκωση του νωτιαίου μυελού, αυξάνει το ενδεχόμενο δημιουργίας κατακλίσεων. Το κάπνισμα μειώνει την ικανότητα των πνευμόνων, που ήδη περιορίζεται από μία κάκωση νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα το ποσό του οξυγόνου στην κυκλοφορία του αίματος που χρησιμοποιείται για την θρέψη των ιστών και των κινητήριων μυών να είναι σημαντικά μικρό. Επίσης το κάπνισμα επιβραδύνει την επούλωση των κατακλίσεων και των πλαστικών εγχειρήσεων που μερικές φορές γίνονται για την θεραπεία των κατακλίσεων. Το υγιές δέρμα εξαρτάται από την καλή κυκλοφορία ενός πολύ καλά οξυγονωμένου αίματος που μεταφέρει τα θρεπτικά συστατικά στο δέρμα και απομακρύνει τα άχρηστα από αυτό. Το κάπνισμα γενικά και ιδιαίτερα η νικοτίνη, προκαλεί μείωση της κυκλοφορίας και ιδιαίτερα στα άκρα. Επιπρόσθετα το κάπνισμα παράγει μονοξείδιο του άνθρακα, που μειώνει την ποσότητα οξυγόνου από όλη την κυκλοφορία. Με άλλα λόγια το κάπνισμα όχι μόνο μειώνει σημαντικά την κυκλοφορία του αίματος στο δέρμα, αλλά το αίμα που τελικά κατορθώνει να φτάσει στους ιστούς περιέχει λιγότερο οξυγόνο από αυτό που θα είχε σε κανονικές συνθήκες. Μια μείωση των θρεπτικών συστατικών και του οξυγόνου στο αίμα και μια περιορισμένη ικανότητα απομάκρυνσης των άχρηστων συστατικών από αυτό, ενισχύουν τις προϋποθέσεις για τη δημιουργία κατακλίσεων. Γεγονός είναι ότι αυτή η μείωση οξυγόνου στο αίμα είναι η μεγαλύτερη απειλή για την επούλωση των τραυμάτων. Φαίνεται ότι το κάπνισμα όχι μόνο βοηθάει για την απόκτηση των κατακλίσεων αλλά και την διατήρηση αυτών.

Η δημιουργία κατακλίσεων κατά την διάρκεια μεγάλων χειρουργικών επεμβάσεων, αποτελεί επίσης έναν σημαντικό και εξίσου ιδιαίτερο λόγο εμφάνισης κατάκλισης. Η σημασία της χειρουργικής αίθουσας σαν τόπου ανάπτυξης κατακλίσεων παραμένει σε σημαντικό βαθμό αδιευκρίνιστη. Οι κατακλίσεις στο χειρουργείο αναπτύσσονται λόγω της ισχαιμίας από την παρατεταμένη άσκηση πίεσης στο σώμα, που κείται ακινητοποιημένο πάνω στο χειρουργικό τραπέζι καθώς και από την εξωτερική πίεση, που ενίοτε ασκείται

από τον χειρουργό ή τους βοηθούς του. Υπάρχει επίσης η άποψη ότι οι κατακλίσεις κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης δημιουργούνται και λόγω των κυκλοφορικών και των μεταβολικών μεταβολών, αποτέλεσμα της αναισθησίας και του χειρουργικού τραύματος, που τελικά οδηγούν σε υποξία, νέκρωση και ανάπτυξη κατακλίσεων. (3,6,7,9,10,12)

6. Στάδια κατακλίσεων

Σύμφωνα με την Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για τις κατακλίσεις (N.P.U.A.P), οι κατακλίσεις διαιρούνται σε 4 κατηγορίες ανάλογα με την σε βάθος καταστροφή των ιστών. Η βλάβη των ιστών, κυμαίνεται από το μη λευκάσουν ερύθημα του δέρματος μέχρι την απώλεια ολόκληρου του πάχους του δέρματος και την καταστροφή των υποκείμενων ιστών συμπεριλαμβανομένου και του οστού.

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Ερυθρότητα δέρματος, που δεν υποχωρεί μετά από 15 λεπτά σε αλλαγή θέσης, πόνος στην πάσχουσα περιοχή, αποχρωματισμός δέρματος, θερμότητα, οίδημα, σκλήρυνση.

Σε αυτό το στάδιο η εξέλιξη είναι αναστρέψιμη. Πολύ σημαντική είναι η έγκαιρη παρατήρηση και η σωστή νοσηλευτική φροντίδα καθώς και η πλήρης θεραπεία.



ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Καταστροφή μερικού πάχους στιβάδων του δέρματος, σκοτεινόχρωμο δέρμα(κατά την αποσυμπίεση δεν εξαφανίζεται το χρώμα του δέρματος), εκδορά δέρματος και φυσαλίδες(με κατάλληλη ιατρονοσηλευτική φροντίδα, θεραπεύεται).



ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

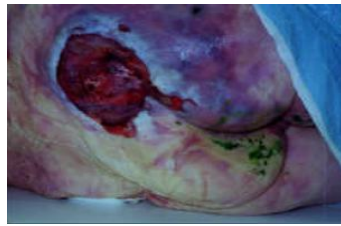
Πλήρης καταστροφή στιβάδων του δέρματος(επιδερμίδα, χόριο, υποδόριου ιστού), το έλκος επεκτείνεται στο υποδόριο λίπος και έχει στοιχεία φλεγμονής και μόλυνσης των μυών.



ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Βαθιά επέκταση του έλκους. Υπάρχει επικοινωνία οστού και έλκους.

Εμφάνιση μόλυνσης, δυσοσμίας, πύου και νέκρωσης των ιστών. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας, χρώματος μαύρου με ή χωρίς εκκρίσεις(εξίδρωμα)



Στην συνέχεια παρατίθενται και κάποιες άλλες ταξινομήσεις σχετικά με τα στάδια της κατάκλισης σύμφωνα με τον Waterlow , τον Robertson και Shea:

Ταξινόμηση Waterlow

- § Στάδιο 1: Αντιδραστική υπεραιμία προκαλεί έντονο ερύθημα όταν αίρεται η πίεση. Ελαφρά δακτυλική πίεση προκαλεί ωχρότητα του ερυθήματος, δείχνει ότι η μικροκυκλοφορία είναι ανέπαφη.
- § Στάδιο 2: Παραμονή ερυθήματος μετά την άρση της πίεσης. Μερική καταστροφή της μικροκυκλοφορίας, φλεγμονή, οίδημα και πάχυνση. Είναι δυνατόν να υπάρχουν ακόμη σκλήρυνση, φυσαλίδες και εξέλκωση της επιδερμίδας.
- § Στάδιο 3: Εξέλκωση προχωρά προς τον υποδόριο ιστό. Χείλη έλκους ευδιάκριτα, περιβάλλονται από ερύθημα και σκλήρυνση. Στάδιο βλάβης αναστρέψιμο.

§ Στάδιο 4: Έλκος εκτεινόμενο προς το υποδόριο λίπος. Θρομβώσεις μικρών αγγείων και μόλυνση συνθέτουν την νέκρωση του λίπους. Όρια έλκους ευδιάκριτα, η νέκρωση συνεχίζεται κάτω από το δέρμα.

§ Στάδιο 5: Μολυσμένη νέκρωση η οποία διαπερνά τη βαθειά περιτονία, η σκλήρυνση του μυός εξελίσσεται γρήγορα.

Ταξινόμηση Robertson

ü Στάδιο 1: Ερυθρά περιοχή από πίεση

ü Στάδιο 2: Εμφάνιση φυσαλίδας

ü Στάδιο 3: Επιφανειακή κατάκλιση (εξέλκωση έως το χόριο)

ü Στάδιο 4: Βαθειά κατάκλιση (εξέλκωση έως το υποδόριο λίπος)

ü Στάδιο 5: Πολύ βαθειά κατάκλιση (μπορεί να είναι μολυσμένη νέκρωση)

Ταξινόμηση Shea

○ Στάδιο 1: Ερυθρότητα, σκλήρυνση και θερμότητα στην περιοχή για τουλάχιστον 24 ώρες.

○ Στάδιο 2: Εξέλκωση που εκτείνεται προς το χόριο και το υποδόριο λίπος. Βαθμός 1 και 2 εύκολα αναστρέψιμοι με την κατάλληλη φροντίδα.

○ Στάδιο 3: Έλκος εκτεινόμενο προς το υποδόριο λίπος. Συχνά μολυσμένο, περιέχει νεκρωτικό ιστό, παρουσιάζει έκκριση με δυσάρεστη οσμή.

○ Στάδιο 4: Έλκη βαθειά εκτεινόμενα προς την βαθειά περιτονία, τους μυς και τα οστά.

○ Στάδιο 5: Κλειστό μεγάλο σπήλαιο με μικρό συρίγγιο.

Κατά κανόνα, οι μύες και το υποδόριο λίπος παρουσιάζουν μικρότερη αντίσταση στην άσκηση πίεσης από ότι η επιδερμίδα και το χόριο, με αποτέλεσμα να νεκρώνονται προτού ακόμη επέλθει βλάβη στο δέρμα. Επίσης η ασκούμενη πίεση δεν κατανέμεται ομοιομερώς από την επιφάνεια του οστού προς το δέρμα, αλλά είναι μεγαλύτερη στο σημείο της οστικής προεξοχής, ενώ η πίεση μειώνεται προοδευτικά στην περιφέρεια. Έτσι, η παρουσία έστω και μιας μόνο εξέλκωσης στο δέρμα ιδίως σε παχύσαρκα άτομα, είναι δυνατό να υποκρύπτει κάτωθεν και πέριξ της αρχόμενης δερματικής βλάβης μια μεγάλη κοιλότητα από την νέκρωση του υποδόριου λίπους και των μυών.

Σε πολύ παχύσαρκα άρρενα άτομα που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση μεγάλης διάρκειας, υπάρχει αυξημένος νέκρωσης των γλουτιαίων μυών λόγω της μεγάλης πίεσης που ασκείται επάνω στο χειρουργικό τραπέζι, με αποτέλεσμα την ραβδομύλυση και την εξ αυτής νεφρική ανεπάρκεια. Οι ισχαιμικές αλλοιώσεις στους μυς καθυστερούν να γίνουν αντιληπτές, λόγω της εν τω βάθει εντόπισης τους.^(4,5,6,11,12,13)

7.Πρόληψη Κατακλίσεων.

Οι κατακλίσεις απαντώνται σε όλα τα ευρωπαϊκά ιδρύματα και επηρεάζουν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το κόστος των κατακλίσεων εκφράζεται σε ανθρώπινο πόνο και στην χρησιμοποίηση των πηγών. Με την γήρανση του πληθυσμού και τις αλλαγές στους τύπους των διαφόρων νοσημάτων το πρόβλημα αναμένεται να αυξηθεί, εκτός και αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα.

Σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στον κίνδυνο των κατακλίσεων. Οι περισσότερες κατακλίσεις θα μπορούσαν να προληφθούν και είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει σύστημα πρόληψης και στρατηγικές συμβουλευτικής, οι οποίες θα βασίζονται σε αξιόπιστες αποδείξεις.

Όλες οι παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά και να τεκμηριώνονται. Οι οδηγίες βασίζονται στις ακόλουθες αποδείξεις:

A: αποτελέσματα από δύο ή και περισσότερες τυχαίες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, σε ανθρώπους με κατακλίσεις, παρέχουν υποστήριξη.

B: αποτελέσματα από δύο ή και περισσότερες κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους με κατακλίσεις παρέχουν υποστήριξη ή όπου ενδείκνυται, αποτελέσματα από δύο ή περισσότερες ελεγχόμενες δοκιμές σε ζώα ως μοντέλα παρέχουν έμμεση υποστήριξη.

Γ: η προτεινόμενη σειρά απαιτεί ένα ή και περισσότερα από τα ακόλουθα: i)αποτελέσματα από μια ελεγχόμενη δοκιμή. ii)αποτελέσματα τουλάχιστον από δύο περιπτώσεις σειράς περιγραφικών μελετών σε ανθρώπους με κατακλίσεις ή μελέτες σε άτομα με κατακλίσεις. iii)Γνώμη ειδικού.

Η πρόληψη είναι η θεραπεία εκλογής των κατακλίσεων. Η επιτυχία της εξαρτάται άμεσα από τις ικανότητες των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν τους ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Η γνώση των παραγόντων κινδύνου είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί πλήρως η εκτίμηση του προβλήματος.

Οι στρατηγικές πρόληψης των κατακλίσεων σύμφωνα με την European Pressure Ulcers Advisory Panel και την National Pressure Ulcers Advisory Panel, περιλαμβάνουν την αναγνώριση ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν κατάκλιση, την διατήρηση και βελτίωση της ανοχής των ιστών στην πίεση και για την πρόληψη της καταστροφής τους, την προστασία του σώματος από τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των εξωτερικών μηχανικών δυνάμεων όπως πίεση, τριβή και σύρσιμο, την διατροφική υποστήριξη των ασθενών σύμφωνα με τις ανάγκες τους, τον έλεγχο και την αποφυγή της υπερβολικής υγρασίας.

Για την αξιολόγηση των ασθενών υψηλού κινδύνου έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορα εργαλεία αξιολόγησης. Τα εργαλεία αυτά είναι κλίμακες που

περιλαμβάνουν μεταβλητές, οι οποίες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των κατακλίσεων. Οι μεταβλητές αυτές λαμβάνουν τιμές ανάλογα με την κάθε κλίμακα.

Το άθροισμα των τιμών των μεταβλητών είναι αυτό που καθορίζει και τον κίνδυνο για την δημιουργία κατάκλισης. Ανάλογα με τον βαθμό κινδύνου εφαρμόζονται και τα αντίστοιχα μέτρα πρόληψης των κατακλίσεων. Οι κλίμακες αυτές διαφέρουν ανάλογα με την βαρύτητα της κλινικής κατάστασης των ασθενών. Για τον λόγο αυτό δημιουργήθηκαν τροποποιημένες κλίμακες για παιδιατρικούς ασθενείς, για ασθενείς μονάδων εντατικής θεραπείας, για νευρολογικούς ασθενείς, για ηλικιωμένους ασθενείς. Έτσι λοιπόν υπάρχουν οι εξής κλίμακες:

Ø **Τροποποιημένη κλίμακα της Norton.** Σε αυτήν την κλίμακα βασίζονται οι περισσότερες μέθοδοι εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών σε σχέση με τον κίνδυνο ανάπτυξης κατάκλισης. Η κλίμακα χρησιμοποιεί 6 βασικές μεταβλητές: τη φυσική κατάσταση, τη διανοητική κατάσταση, τη δραστηριότητα, την κινητικότητα, την ακράτεια και τη θρέψη. Οι ασθενείς λαμβάνουν τιμές από 1 έως 4 σε κάθε μεταβλητή. Όταν το άθροισμα των τιμών όλων των μεταβλητών είναι μικρότερο του 16 σημαίνει ότι ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξει κατάκλιση.

Ø **Κλίμακα Gosnell.** Η κλίμακα αυτή βασίστηκε στην αρχική εργασία της Norton και περιλαμβάνει τις ίδιες με αυτή μεταβλητές πλην της φυσικής κατάστασης. Συνολικό άθροισμα 11 βαθμών ή λιγότερο σημαίνει ασθενή με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατάκλισης.

Ø **Κλίμακα Douglas.** Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει μεταβλητές όπως την κατάσταση θρέψης, την τιμή αιμοσφαιρίνης, την δραστηριότητα, των έλεγχο σφιγκτήρων, τον πόνο και την κατάσταση του δέρματος. Συνολική βαθμολογία μικρότερη από την

τιμή 18 σημαίνει ότι ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάκλισης.

Ø **Κλίμακα Medley.** Ταξινομεί τους ασθενείς σε χαμηλού, μέτριου ή υψηλού κινδύνου. Στην κλίμακα αυτή περιλαμβάνονται μεταβλητές όπως η δραστηριότητα- κίνηση, η κατάσταση δέρματος, η προδιαθεσική ασθένεια, η κινητικότητα, το επίπεδο συνείδησης, η θρέψη, η ακράτεια ούρων, η ακράτεια κοπράνων και ο πόνος. Συνολική βαθμολογία μεταξύ των τιμών 20 και 36 σχετίζεται με άτομα υψηλού κινδύνου.

Ø **Κλίμακα Waterlow.** Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει παράγοντες όπως το βάρος του σώματος, η κατάσταση δέρματος, η ηλικία και το φύλο, η κατάσταση θρέψης, η ακράτεια, η κινητικότητα καθώς και ειδικούς παράγοντες κινδύνου όπως η ιστική οξυγόνωση, η νευρολογική κατάσταση και το τραύμα ή έγκαυμα. Η κάθε μεταβλητή βαθμολογείται από 1 έως 8. Ασθενείς με συνολικό βαθμό 10 θεωρείται ασθενής σε κίνδυνο, με συνολικό βαθμό 15 σε υψηλό κίνδυνο και με συνολικό βαθμό 20 σε πολύ υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης.

Ø **Κλίμακα Braden.** Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει παράγοντες όπως η αισθητήρια αντίληψη, η υγρασία, η δραστηριότητα, η κινητικότητα, η θρέψη, η τριβή και δυνάμεις συνάφειας. Η κάθε μεταβλητή βαθμολογείται από 1 έως 4. Ασθενείς με συνολική βαθμολογία 15 έως 18 θεωρούνται σε κίνδυνο, με συνολική βαθμολογία 13 έως 13 σε μέτριο κίνδυνο, με συνολική βαθμολογία 10 έως 12 σε υψηλό κίνδυνο και με βαθμολογία 9 σε σοβαρό κίνδυνο για ανάπτυξη κατάκλισης.

Ø **Cubbin and Jackson.** Η κλίμακα αυτή είναι τροποποιημένη για ασθενείς ΜΕΘ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 10 μεταβλητές, τις εξής: ηλικία, βάρος σώματος, γενική κατάσταση δέρματος, νοητική

ΚΛΙΜΑΚΑ CUBIN AND JACKSON			
ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ	ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ
≤ 40	4	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	4
40-55	3	ΠΑΧΥΤΑΡΚΑ	3
55-70	2	ΚΑΚΕΣΑ	2
> 70	1	ΟΧΗΜΑ	1
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	ΒΑΘΜΟΙ	ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	4	ΔΙΑΓΥΕΙΑ	4
ΕΡΥΘΡΟΤΗΤΑ	3	ΣΥΧΝΩΣ	3
ΕΚΛΕΠΤΥΓΜΕΝΟ	2	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	2
ΝΕΚΡΩΣΕΙΣ	1	ΚΟΜΑ	1
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΒΑΘΜΟΙ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΒΑΘΜΟΙ
ΓΛΥΚΕ	4	ΓΛΥΚΕΡΟ ΔΙΑΤΑ ΚΑΙ ΥΓΡΑ PER OS	4
ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	3	ΕΛΑΦΡΑ ΔΙΑΤΑ, ΕΠΙΤΕΡΚΗ	3
ΠΟΛΥ ΠΕΡΙΘΕΜΕΝΗ	2	ΠΑΡΕΝΤΕΡΚΗ	2
ΑΚΙΝΩΔΙΑΚΑΤΑΣΚΛΙΜΕΝΟΣ	1	ΛΟΝΟ ΠΡΟΦΟΡΕΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΤΗ ΥΓΡΩΣ	1
ΑΝΑΠΝΟΗ	ΒΑΘΜΟΙ	ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΒΑΘΜΟΙ
ΩΚΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΟΗ	4	ΣΤΑΘΕΡΗ ΧΩΡΙΣ ΕΠΙΤΡΟΦΑ	4
ΥΠΟΒΗΘΟΥΜΕΝΗ	3	ΣΤΑΘΕΡΗ ΜΕ ΕΠΙΤΡΟΦΑ	3
ΓΛΥΚΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΕΡΕΜΟΣ	2	ΑΣΤΑΘΗ ΜΕ ΕΠΙΤΡΟΦΑ	2
ΕΡΙΣΤΑΝΗ ΑΝΑΠΝΟΗ	1	ΚΡΕΙΝΗ ΜΕ ΕΠΙΤΡΟΦΑ	1
ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΒΑΘΜΟΙ	ΥΓΙΕΙΝΗ	ΒΑΘΜΟΙ
ΑΠΟΥΣΙΑΚΑΒΕΤΗΡΑ	4	ΚΑΛΟΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΣΙΑ	4
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΣ	3	ΚΑΛΗ ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΟΥ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	3
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΚΩΣ	2	ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΟΛΥ ΒΟΗΘΕΙΑ	2
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΣ ΚΑΙ ΚΟΠΡΑΚΩΣ	1	ΓΛΥΚΕΣ ΕΞΑΡΤΗΤΗ	1

Ασθενείς με score < 25 είναι υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων

Η λήψη προληπτικών μέτρων όπως είναι η συχνή αλλαγή των θέσεων και η χρήση κατάλληλων στρωμάτων για την ανακούφιση από την ασκούμενη πίεση, η καλή φροντίδα και περιποίηση του δέρματος και η καλή σίτιση αποτελούν τον καλύτερο τρόπο μείωσης της συχνότητας εμφάνισης των κατακλίσεων. Σε άτομα ευπαθή ή επιρρεπή για κατακλίσεις πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια διατήρησης ικανοποιητικής αιμάτωσης των ιστών σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους. Τέτοια άτομα είναι : ηλικιωμένοι ασθενείς >70 ετών, άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή άλλη αγγειακή νόσο, ασθενείς που πρόκειται να υποστούν πολύωρη χειρουργική επέμβαση άνω των 4 ωρών ή αγγειοχειρουργική επέμβαση καθώς και ασθενείς με μικρή σωματική διάπλαση και μειωμένη θρέψη. Η υποθρεψία δρα κατασταλτικά στους μηχανισμούς της επούλωσης και επίσης προδιαθέτει για λοιμώξεις.

Για την πρόληψη των κατακλίσεων, επιβάλλεται η ανά δίωρο αλλαγή των θέσεων του σώματος. Στους παραπληγικούς ασθενείς, θα πρέπει να τονίζεται ότι

πρέπει να ανασηκώνονται από το αναπηρικό τους κάθισμα κάθε 15 λεπτά. Σε άτομα που βρίσκονται σε ύπτια θέση, οι πτέρνες τους πρέπει να βρίσκονται στον αέρα και όχι σε επαφή με το στρώμα. Αυτό επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση μαλακών υποστηριγμάτων από αφρώδες υλικό από την μεσότητα της κνήμης μέχρι τα σφυρά για την αποφυγή παρεμπόδισης της αιματικής ροής. Επίσης ανάμεσα σε οστικές προεξοχές που δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή μεταξύ τους όπως είναι τα γόνατα, τοποθετούνται μαλακά μαξιλάρια ή αφρώδες υλικό.

Ασθενείς που τοποθετούνται σε ημικαθιστηκία θέση πάνω στην κλίνη, πρέπει να έχουν κλίση 30^0 για να αποφεύγεται η προς τα κάτω προοδευτική διολίσθηση τους λόγω της βαρύτητας και η ανάπτυξη δυνάμεων τριβής και κατάτμησης των ιστών. Επίσης κατά την μετακίνηση των ασθενών σε υψηλότερη θέση πάνω στο κρεβάτι, αυτοί δεν πρέπει να σύρονται από τις μασχάλες προς τα πάνω, διότι οι μύες και οι βαθύτεροι ιστοί ακολουθούν την κίνηση, ενώ το δέρμα παραμένει προσκολλημένο στο στρώμα, με αποτέλεσμα να διαχωρίζεται το δέρμα από τους υποκείμενους ιστούς και να αποκόπτεται κατά τον τρόπο αυτό η αιμάτωση του δέρματος.

Για τον κλινήρη ασθενή, επιπλέον, σημαντικό είναι ένα καλοστρωμένο <<ώρας>> και εντελώς ατσαλάκωτο καθαρό κρεβάτι. Για ασθενείς που δεν μπορούν να εγκαταλείψουν το κρεβάτι, ο νοσηλευτής οφείλει να περιποιείται το κρεβάτι τους. Να τεντώνει τα σεντόνια ώστε να μην είναι τσαλακωμένα, να απομακρύνει μικροαντικείμενα από το κρεβάτι και να καθαρίζει την κλίνη από υπολείμματα τροφών γιατί και αυτά μπορεί να συμβάλλουν στην δημιουργία κατακλίσεων.

Η ανάπτυξη αποτελεσματικών στρωμάτων και υποστηριγμάτων ανακούφισης από την ασκούμενη πίεση όπως είναι στρώματα που περιέχουν αφρώδες υλικό, γέλη, αέρα και υγρό έχει από μακρού τονισθεί σαν μέτρο πρόληψης κατά των κατακλίσεων. Επίσης, από τα στατικού τύπου στρώματα, υπάρχουν και τα δυναμικού τύπου στρώματα όπως είναι τα χαμηλής

συνεχόμενης ροής αέρα, εναλλασσόμενης ροής αέρα, κλίνες ρευστοποιημένου στερεού. Τα μεγάλα κυψελιδικά στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης αέρα που χρησιμοποιούνται στα τμήματα νοσηλείας, δεν είναι κατάλληλα στο χειρουργικό τραπέζι, αν και τα μικρότερα κυψελιδωτά μοντέλα θα μπορούσαν να αποβούν περισσότερο αποτελεσματικά και εύχρηστα. Άλλοι συνιστούν θερμαινόμενα και μη στρώματα χαμηλής πίεσης αέρα, ενώ υπάρχει η άποψη ότι η τοποθέτηση αφρωδών επιθεμάτων ή ασκών φυσιολογικού ορού στις πτέρνες και αλλού για απορρόφηση μέρους των τοπικά ασκούμενων πιέσεων, μπορεί να αποτρέψει τις κατακλίσεις στα τμήματα αλλά και μέσα στην χειρουργική αίθουσα. Σε ΩΡΛ χειρουργικές επεμβάσεις η συχνότητα των διεγχειρητικών κατακλίσεων μηδενίσθηκε μετά την χρησιμοποίηση υποστηριγμάτων που περιείχαν υγρό.

Το δέρμα του ασθενούς πρέπει να διατηρείται στεγνό αλλά να μην αφήνεται να ξηραίνεται. Η υγρασία ευνοεί την διάσπαση της ακεραιότητας του δέρματος αλλά και την ανάπτυξη μικροβίων. Η υγρασία οφείλεται στις φυσιολογικές εκκρίσεις του ανθρώπινου σώματος που είναι ο ιδρώτας, το σμήγμα αλλά μπορεί να οφείλεται και σε αίμα, πύον, υγρά παροχετεύσεων μετά από εγχειρήσεις ή σε ούρα ή κόπρανα, ιδίως αν συνυπάρχει ακράτεια. Απαιτείται καθαρισμός και πλύσιμο με κάποιο ουδέτερο σαπούνι καθημερινά για την διατήρηση φυσιολογικού του pH του δέρματος και την αποφυγή του χημικού ερεθισμού του δέρματος. Για την αποφυγή της ξήρανσης του δέρματος, που ευνοεί την ανάπτυξη κατακλίσεων, χρησιμοποιούνται αλοιφές ενυδάτωσης του δέρματος.

Για την αντιμετώπιση της υποθρεψίας που μειώνει τις ικανότητες του οργανισμού για επούλωση και που αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων λόγω ανοσοκαταστολής, επιβάλλεται η κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του ασθενούς, των αναγκών του σε άζωτο καθώς και σε ιχνοστοιχεία και βιταμίνες (βιταμίνη C, A).

Για να εργάζεται τέλεια ο οργανισμός πρέπει να τροφοδοτείται με θρεπτικά υλικά. Θρεπτικά υλικά είναι χημικές ουσίες που βρίσκονται στις τροφές και είναι απαραίτητες για την ζωή. Χωρίζονται σε 6 βασικές κατηγορίες: υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, νερό, άλατα και πρωτεΐνες.

Εκτίμηση και διευθέτηση θρεπτικών αναγκών εξασφαλίζει επαρκή πρόσληψη τροφής ώστε να προλάβει τον υποσιτισμό στην έκταση που είναι συμβατό με την επιθυμία του ατόμου και την κατάστασή του. Η σωστή διατροφή του ασθενούς και η αντιμετώπιση πιθανής αναιμίας και υπολαυκωματιναιμίας συμβάλλουν στην επούλωση.

Σαφώς μεγάλο ρόλο στην πρόληψη των κατακλίσεων παίζει και η επιλογή των κατάλληλων κλινών. Το σωστό σχέδιο του κρεβατιού αφενός εξυπηρετεί το έργο του νοσηλευτή και αφετέρου επιτρέπει στον ασθενή να έχει έναν βαθμό ανεξαρτησίας. Μερικά κρεβάτια είναι ηλεκτρικά και επιτρέπουν τον χειρισμό τους από τον ίδιο τον ασθενή. Με αυτά ο ασθενής μπορεί να μετακινηθεί από την ύπτια στην καθιστή θέση, να υψώσει το κεφάλι του ή τα πόδια του και γενικά να λαμβάνει τις στάσεις εκείνες που τον ξεκουράζουν χωρίς να είναι αναγκασμένος συνεχώς να καλεί προς βοήθειά του το νοσηλευτικό προσωπικό. Εδικά κρεβάτια είναι αυτά που έχουν την δυνατότητα να γυρίζουν τον ασθενή από το ένα πλάι στο άλλο (turning &tilting), αυτά των οποίων το ύψος αυξομειώνεται (elevating), και αυτά που σπάζουν σε δύο ή τρία μέρη (articulating).

Περιστρεφόμενα κρεβάτια

Χρησιμοποιούνται κυρίως σε βαριά ασθενείς ή έντονα εξαρτώμενους ενώ είναι χρήσιμα σε ασθενείς με εκτεταμένα τραύματα, εγκαύματα και κατακλίσεις. Συχνά χρησιμοποιούνται και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Η περιστροφή τους γίνεται αυτόματα (ηλεκτρικά) ή χειροκίνητα.

Παρά το γεγονός ότι ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται ώστε να αλλάξει μόνος του θέση στο κρεβάτι, συχνά ο νοσηλευτής είναι αναγκασμένος να τον γυρίζει στο πλάι για να περιποιηθεί το δέρμα του, να αλλάξει τα σεντόνια. Για

τους ασθενείς που χρειάζονται τακτική αλλαγή θέσης προτείνεται η νοσηλεία στο ειδικό περιστρεφόμενο κρεβάτι.

Ειδικά μαξιλάρια

Όσον αφορά τα ειδικά μαξιλάρια υπάρχουν περίπου τα ίδια συστήματα και υλικά όπως αυτά των στρωμάτων, δηλαδή με συνηθισμένο σφουγγάρι με κυψέλες αέρα, με τζελ και με άλλα συνθετικά υλικά.

Υπάρχουν επίσης υλικά που εφαρμόζονται στα σημεία πίεσης και πιθανής εμφάνισης κατακλίσεων και που είναι σημαντικά για την πρόληψη τους. Τέτοια υλικά εφαρμόζονται στις πτέρνες και στους αγκώνες.

Για ασθενείς επίσης που δεν μπορούν να συμβάλλουν στην μεταφορά και στην μετακίνησή τους και που σε αντίθετη περίπτωση μπορεί να προκληθεί τραυματισμός των μυών και του δέρματος, απαραίτητη είναι η χρήση ανυψωτήρων, ο οποίος πρέπει να είναι ο κατάλληλος για τους σκοπούς και τις ανάγκες του ασθενή που καλείται να εξυπηρετήσει.

Φυσιοθεραπεία

Όταν ο θεράπων ιατρός επιτρέψει την κίνηση του σοβαρού πάσχοντα, ο νοσηλευτής μαζί με τον φυσιοθεραπευτή εφαρμόζουν πλάνο εργασίας με πρώτο πράγμα την θέση του νοσηλευτή στο κρεβάτι δηλαδή αλλάζοντας συνεχώς την θέση του με σκοπό την πρόληψη των κατακλίσεων και των παραμορφώσεων των άκρων και την αυτοφροντίδα. Ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να φροντίζει τον εαυτό του από το πρώτο στάδιο της φυσιοθεραπείας, στο να μειώνει την πίεση στο δέρμα κατά τη διάρκεια του καθίσματος. Στηριζόμενος μαθαίνει να ανασηκώνεται. Να εκτελεί αυτήν την κίνηση κάθε 15 λεπτά για την αποφυγή κατακλίσεων. Ο ασθενής πρέπει να μάθει να ελέγχει το σώμα του για την εμφάνιση μη κακώσεων στο δέρμα του από την εφαρμογή διαφόρων βοηθημάτων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη των κατακλίσεων

Ο σύγχρονος ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων στον τομέα της υγείας και την προάσπιση της ανθρώπινης υπόστασης των ασθενών, επιβάλλεται να είναι τέτοιος που να βασίζεται σε επιστημονικά κριτήρια, σε γνώση των σύγχρονων μέσων για την αντιμετώπιση κάθε επιβουλής της ανθρώπινης υγείας και στην συνεχή επιστημονική κατάρτιση. Έτσι λοιπόν και στην πρόληψη των κατακλίσεων η παρέμβαση των νοσηλευτών είναι καίριας σημασίας και για τον λόγο αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να βασίζεται σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να είναι καλά δομημένα, οργανωμένα, περιεκτικά και διαθέσιμα σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών υγείας, στους ασθενείς και σε εκείνους που τους φροντίζουν.

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την πρόληψη των κατακλίσεων πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα γνωστικά αντικείμενα:

- ✚ Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων.
- ✚ Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές τους.
- ✚ Επιλογή και οδηγίες για την χρησιμοποίηση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης.
- ✚ Ανάπτυξη και εφαρμογή εξατομικευμένων προγραμμάτων φροντίδας.
- ✚ Αρχές τοποθέτησης του ασθενούς αναφορικά με την μείωση του κινδύνου ανάπτυξης των κατακλίσεων.
- ✚ Τεκμηρίωση της διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενούς.
- ✚ Διευκρίνιση των ευθυνών όσων εμπλέκονται στην φροντίδα.
- ✚ Προαγωγή της υγείας.
- ✚ Ανάπτυξη και εφαρμογή των οδηγιών.

Ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να ενημερώνεται πριν την ανάληψη της υπηρεσίας του. Η ευσυνειδησία, η υπευθυνότητα και η πίστη στις διαχρονικές αξίες θα πρέπει να διακρίνουν το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να αποφασίζουν άμεσα και σωστά για τον πάσχοντα.

Η καλή συνεργασία προϋποθέτει τον σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου, κατά κοινή όμως ομολογία το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την καρδιά του κάθε τμήματος.

Για τον λόγο λοιπόν της σωστής και αποτελεσματικής παρέμβασης των νοσηλευτών, καλούνται αυτοί να ελέγχουν, να αξιολογούν και να καταγράφουν την κατάσταση των ασθενών. Να είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν το ψυχοκοινωνικό πρόβλημα του ασθενή, τις αντιδράσεις του από την εισαγωγή του στο τμήμα και την πάθησή του.

Μία κατάκλιση κοστίζει στο ΕΣΥ όσο περίπου οι ετήσιες αμοιβές 2 νοσηλευτών δηλαδή περίπου 45,000-50,000 ευρώ . Ένα κάταγμα στο ισχίο ενός ηλικιωμένου εάν δεν χειρουργηθεί άμεσα και δεν υπάρχει η αναγκαία εντατική νοσηλευτική φροντίδα είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα δημιουργήσει κατάκλιση. Όπου εφαρμόστηκαν οι κανόνες σωστής πρόληψης το κόστος της συνολικής θεραπείας μειώθηκε κατά 80%. Στις ΗΠΑ οι 1.500.000 κατακλίσεις κόστιζαν ανά έτος 10,5 δις δολάρια. Από τότε που εφαρμόστηκαν κανόνες πρόληψης το κόστος περιορίστηκε στα 4,5 δις δολάρια.

Η πρόληψη λοιπόν των ελκών πίεσης είναι η καλύτερη τακτική αντιμετώπιση διότι η αντιμετώπιση αυτών έχει μεγάλη διάρκεια, υψηλό κόστος και συχνές υποτροπές.^(4,6,7,9)

8. Θεραπεία κατακλίσεων

Στην πορεία του χρόνου η θεραπεία των τραυμάτων στηριζόταν στην εμπειρική θεωρία της δοκιμής και του λάθους. Στα πλαίσια αυτής της μεθοδολογίας δοκιμάστηκαν τα πιο επικίνδυνα θεραπευτικά σχήματα. Η προσπάθεια αυτή epούλωσης των τραυμάτων εμφανίζεται από αρχαιοτάτων χρόνων όπου φύλλα και αγκάθια ήταν η πρώτη θεραπευτική αγωγή για αυτά.

Στο εμπόριο σήμερα υπάρχουν πολλά σκευάσματα για την θεραπεία των κατακλίσεων που διατηρούν τα έλκη τους στην απαραίτητη για αυτά θερμοκρασία και υγρασία και διευκολύνουν στην αλλαγή διότι δεν προσκολλώνται στους ιστούς.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάκλισης μπορεί να είναι συντηρητική και χειρουργική. Η συντηρητική θεραπεία προηγείται της χειρουργικής διαδικασίας. Η χειρουργική εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που τα συντηρητικά μέτρα δεν αποδώσουν, η πληγή είναι εκτεταμένη και η αποκατάστασή της καθίσταται αδύνατη.

Στα διάφορα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο η περιποίηση και θεραπεία των τραυμάτων εν γένει, θεωρούνται ως μία πολύπλοκη και δαπανηρή διαδικασία.

Διαχειριστικοί έλεγχοι διενεργούνται συχνά από τις κυβερνήσεις αλλά και από τις ασφαλιστικές εταιρίες προκειμένου να εκλογικευτεί το κόστος.

Προκειμένου να ξεπεραστούν όλες οι εν δυνάμει δυσκολίες στις διάφορες μεθόδους θεραπείας που ακολουθούνται, απαιτείται από τους ενασχολούμενους στο χώρο υγείας η ακριβής και σε βάθος γνώση των διατιθέμενων βοηθημάτων (νέα τεχνολογία) για την αντιμετώπιση των πληγών και ένα προσεκτικά διαμορφωμένο πρωτόκολλο (νέες τεχνικές), έτσι ώστε η θεραπεία να καθίσταται οικονομικά αποτελεσματική. Η συνεχής εισροή νέων προϊόντων για την αντιμετώπιση των τραυμάτων μπορεί να βοηθήσει αλλά και να εμποδίσει αυτές τις προσπάθειες.

Η ανάγκη για μια νέα προσέγγιση του τρόπου θεραπείας των κατακλίσεων γεννάται από τον απολογισμό που συνήθως κάνουμε στο τέλος μιας θεραπείας και στην επανεκτίμηση του τρόπου θεραπείας που πρόσφατα ακολουθήσαμε σε σχέση πάντα με τα αποτελέσματά της.

Οι πληγές κατάκλισης ή έλκη κατάκλισης ή περιτρίμματα ή κατακλίσεις απλά ταξινομούνται στις χρόνιες πληγές.

Οι χρόνιες πληγές ανήκουν στην κατηγορία πληγών που δεν μπορεί να προβλεφθεί εκ του ασφαλούς η εξέλιξη της επούλωσης και όπου η υποτροπή είναι ένα σύνηθες φαινόμενο.

Η ποικιλομορφία των πληγών κατάκλισης σημαίνει ότι ο τρόπος διαχείρισης τους μπορεί να αποτελέσει την αιτία για την παράθεση μιας σειράς από εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της θεραπείας της κάθε χρόνιας πληγής με νέκρωμα ή εμφανίζουσα λοίμωξη/ μολυσμένη, εκκριματώδη ή στεγνή, κοκκιώδη ενδοβάθεια ή επιφανειακή.

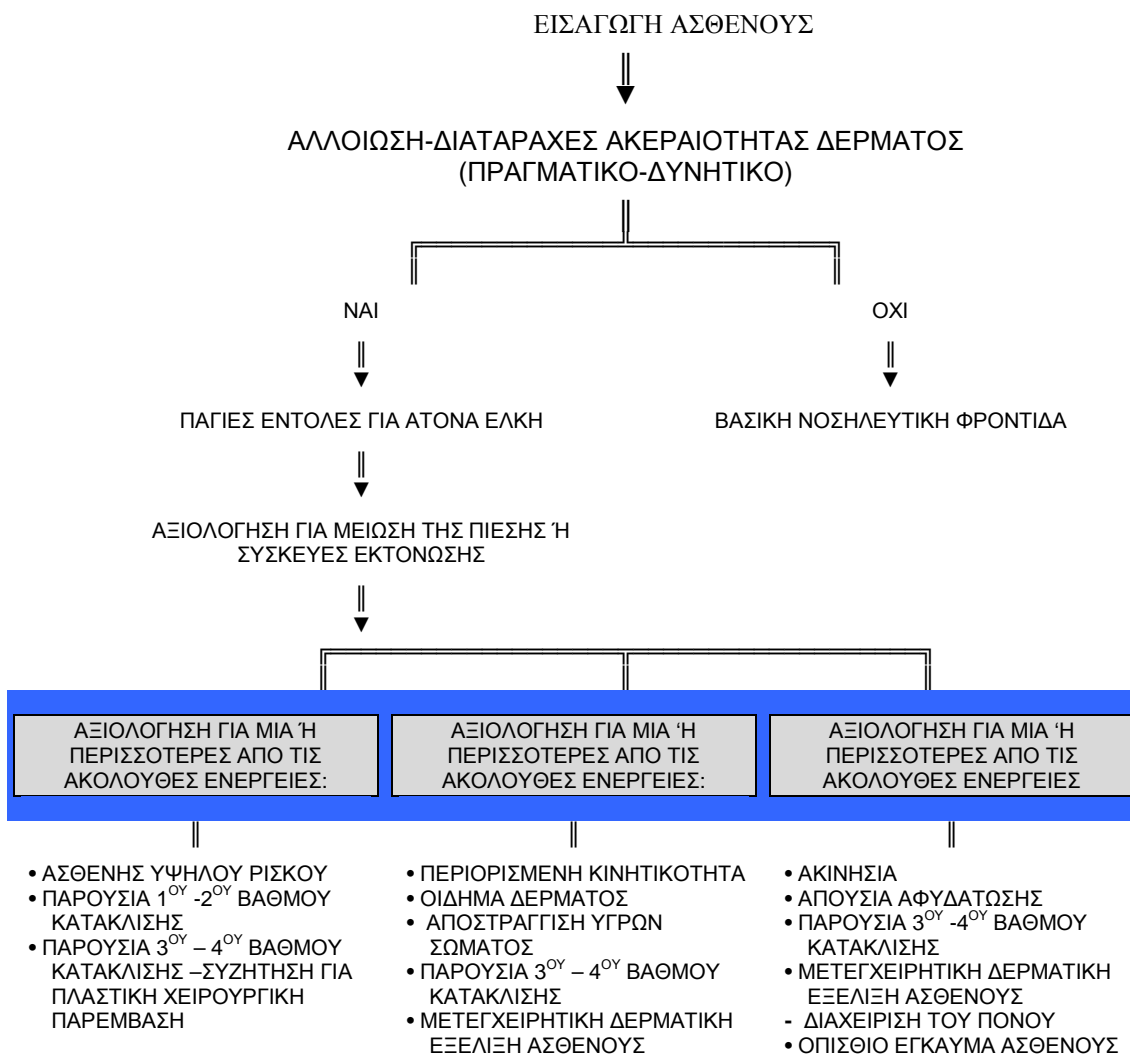
Η πρόληψη και η θεραπεία των ελκών κατάκλισης αντιπροσωπεύει μια σημαντική εκροή χρημάτων στους προϋπολογισμούς των υπηρεσιών υγείας διεθνώς.

Η Florence Nightingale το 1861 θεωρούσε τα έλκη κατακλίσεων σαν αποτέλεσμα αποτυχημένης θεραπείας. Ο Dr. Charot, διάσημος Γάλλος ιατρός, πίστευε ότι δεν μπορούσε να γίνει τίποτα με αυτές.

Οι θεωρίες αυτές έχουν αλλάξει κατά πολύ. Σήμερα οι ασχολούμενοι με τις κατακλίσεις είναι σε θέση να ψάχνουν για τις αιτίες του προβλήματος και ακόλουθα για τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας όπου απαιτείται.

Ξεκινώντας λοιπόν την προσέγγιση αναφορικά με τους τρόπους θεραπείας των κατακλίσεων, είναι απαραίτητο αυτό να γίνει από την πρώτη ακριβώς στιγμή που ο ασθενής θα εισέλθει στο νοσοκομείο. Εκεί λοιπόν, θα πρέπει να υπάρχει ένα αρχικό πλάνο και ένας σχεδιασμός ως προς την τακτοποίηση του ασθενούς στην κατάλληλη μονάδα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Ένας τέτοιος σχεδιασμός ο οποίος ακολουθείται στις περισσότερες

ευρωπαϊκές χώρες και που αφορά την σωστή προσέγγιση του ασθενή κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο και σε σχέση με το αν ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάκλισης ή αν έχει ήδη κατάκλιση , είναι ο ακόλουθος:





Μια άλλη πολύ βασική ευθύνη, που οφείλουν να πράττουν όσοι ασχολούνται με τις κατακλίσεις και πριν ακόμη αρχίσουν την συστηματική θεραπεία μιας κατάκλισης, είναι η καταγραφή των κατακλίσεων που παρουσιάζει ο ασθενής όταν αυτός έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο και έχει τακτοποιηθεί στην κατάλληλη θεραπευτική μονάδα. Υπάρχει και οφείλουν να την χρησιμοποιούν οι ιατροί και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό, η καρτέλα αξιολόγησης των κατακλίσεων και που κάθε φορά είναι συγκεκριμένη για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Μια τέτοια καρτέλα παρατίθεται παρακάτω, ώστε να είναι ξεκάθαρο τόσο το ιστορικό του ασθενούς όσο και ο σκοπός που εξυπηρετεί, που δεν είναι άλλος από την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή και τον σχεδιασμό της θεραπείας του.



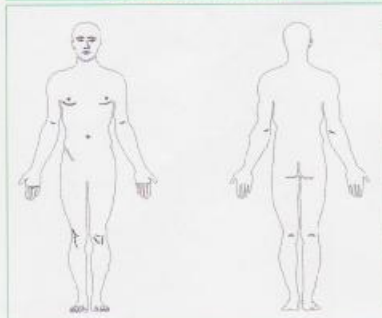
Αρ. Μητρ. Ασθ:
Αρ. Βολ: Κόλπη:

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
 Διόγνωση:
 Ηλικία: Συνοδός παθήσεως:
 Ημ/νία εισαγωγής: Ημ/νία εξόδου:
 Έκβαση νόσου: Άσπ-βελτίωση: Στάσιμη: Επιδείνωση:

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΤΑΔΙΟ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ



Στάδιο I: Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφιση της από την πίεση. Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οδήματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας).

Στάδιο II: Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας.

Στάδιο III: Πλήρης καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και τον λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξιδρώμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

Στάδιο IV: Πλήρης καταστροφή του δέρματος/υποδόριου/λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τους τένοντες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξιδρώμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ															
	Κυκλοστήστε περιλάλητες (N = Ναι, O = Όχι)															
ΝΕΚΡΩΜΕΝΟΙ ΙΣΤΟΙ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Αποδυναμωμένοι κίτρινοι ιστοί	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα υγρή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Εσχάρα στεγνή	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΕΞΙΔΡΩΜΑ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Ορώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οροαιματηρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Πυώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΟΣΜΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΠΟΝΟΣ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΚΟΚΚΙΟΠΟΙΗΣΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΕΠΙΘΗΛΙΟΠΟΙΗΣΗ	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΔΕΡΜΑ:																
Στεγνό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Υγρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Οιδηματώδες	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Ερυθρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Αιμάτωμα	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
Σκληρό	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O
ΥΠΟΓΡΑΦΗ																

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

Στη συνέχεια η εξειδικευμένη πλέον θεραπεία των κατακλίσεων βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες:

1. Μείωση της πίεσης
2. Σωστή διατροφική αγωγή
3. Τοπική φροντίδα των κατακλίσεων.

Σχετικά με την μείωση της πίεσης και την διατροφική αγωγή ακολουθούνται προληπτικά μέτρα κατά την ανάπτυξη κατακλίσεων.

Η τοπική φροντίδα των κατακλίσεων προϋποθέτει την τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων και υλικών που έχουν την δυνατότητα να διατηρούν την κατάκλιση υγρή. Έχει διαπιστωθεί ότι διατηρώντας μια κατάκλιση υγρή επιτυγχάνεται η διαδικασία επούλωσης. Ταυτόχρονα η χρήση των επιθεμάτων παρέχει την δυνατότητα 1. της απορρόφησης των υγρών της κατάκλισης 2. της προαγωγής του φαινομένου της αυτόλυσης (απομακρύνονται από το έλκος οι νεκροί ιστοί) 3. της προστασίας της κατάκλισης από βακτηρίδια.

Πάντως από κλινικής απόψεως πιστεύεται ότι δεν υπάρχει μοναδικός τρόπος επίδεσης για όλα τα τραύματα που να παράγει επιθυμητό μικρό-περιβάλλον.

Η καλύτερη πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι η επιλογή της κατάλληλης επίδεσης για την περίπτωση, βασισμένης στην συχνή αξιολόγηση της προόδου της κατάκλισης. Κατά την αξιολόγηση εξετάζεται η θέση, το μέγεθος, το βάρος, και οι εκροές της κατάκλισης. Επίσης ελέγχεται η κατάκλιση για λοίμωξη ή νέκρωση καθώς και η κατάσταση της γύρω περιοχής του δέρματος.

Η σωστή θεραπεία των κατακλίσεων γίνεται από μία ομάδα που αποτελείται από ιατρούς, φυσιοθεραπευτές(κινησιοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές), νοσηλευτές, ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Η συνεργασία ανάμεσα σε άτομα γίνεται με βάση τις προτεραιότητες και κυρίως τους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση των κατακλίσεων(νευρολογική βλάβη, μεταβολική αιτία, γενική και τοπική κατάσταση του ασθενούς).

Σήμερα οι διάφορες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των κατακλίσεων είναι:

- Ø Διάφορα επιθέματα
- Ø Διάφορες στρώμνες και κλίνες υψηλής τεχνολογίας
- Ø Στείρες προνύμφες ειδικών κολεοπτέρων Αγγλικής προελεύσεως
- Ø Η χρήση πολωμένου φωτός ή laser
- Ø Θεραπεία με τη χρήση όζον(οζονοθεραπεία)

Ø Χειρουργική παρέμβαση

Παρακάτω θα αναλυθούν διεξοδικά κάθε μια από τις δυνητικές θεραπείες των κατακλίσεων.⁽¹³⁾

I. ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

Οι πιο γνωστές κατηγορίες επιθεμάτων είναι :

- § Υδροκολλοειδή
- § Αλγινικά
- § Ιωδιούχο ποβιδίνη
- § Υδροπολυμερές
- § Διαφανή φιλμ
- § Σκευάσματα από υαλουρονικό οξύ
- § Υδροκυτταρικά
- § Πολυμερή
- § Δεξτρανομερή
- § Γάζες εμπλουτισμένες με N/S 0,9 %

A) ΥΔΡΟΚΟΛΛΟΕΙΔΗ

Έχουν βασικό υλικό κατασκευής την κυτταρίνη. Η κυτταρίνη έχει την ιδιότητα της δέσμευσης υγρών από το έλκος. Η κολλητική ουσία των επιθεμάτων είναι αμυλόκολλα και προσφέρει ικανοποιητική επικόλληση στο υγιές δέρμα, χωρίς να κολλά στο έλκος. Αυτό συμβαίνει διότι μεταξύ του έλκους και του επιθέματος δημιουργείται ένα ζελατινοειδούς μορφής ρευστό υλικό, το οποίο αποτελείται από υγρά που προέρχονται από το έλκος και της κυτταρίνης του επιθέματος. Το επίθεμα εξωτερικά επικαλύπτεται από μεμβράνη πολυουρεθάνης η οποία είναι αδιαπέραστη από τα βακτήρια, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η προστασία από επιμολύνσεις και αναμολύνσεις του έλκους.

Τα επιθέματα αυτά συχνά υπάρχουν και σε διαφορετική μορφή. Στην εξωτερική επιφάνειά τους έχουν επικολληθεί δίσκοι φελιζόλ. Η σκοπιμότητα της ειδικής αυτής κατασκευής, είναι η μεταφορά της πίεσης στην περιφέρεια

του έλκους και σε μεγαλύτερη επιφάνεια. Αυτό επιτυγχάνεται με την αφαίρεση των εσωτερικών δακτυλίων του φελιζόλ με κόκκινη σήμανση. Έτσι δημιουργείται μια κοιλότητα που προστατεύει το έλκος από τους μηχανικούς τραυματισμούς αλλά κυρίως από την πίεση, βοηθώντας έτσι την αποκατάσταση της αιμάτωσης των υποκείμενων ιστών. Με τον μηχανισμό αυτό επιτυγχάνεται η άρση του βασικού αιτίου της δημιουργίας των κατακλίσεων. Τα επιθέματα αυτά υπάρχουν σε διάφορα μεγέθη: α) 7εκ. για αγκώνες, φτέρνες, β) 10εκ. και 15εκ. για γλουτό, κόκκυγα, μείζων τροχαντήρα.

Ένα άλλο είδος που υπάρχει με βασική σύνθεση την κυτταρίνη είναι σε μορφή σκόνης. Έτσι αυξάνεται η συνολική επιφάνεια κυτταρίνης, συνεπώς αυξάνεται η επαφή υγρών με μόρια κυτταρίνης και επιτυγχάνεται μεγαλύτερη απορροφητικότητα. Η χρήση της σκόνης ενδείκνυται στις περιπτώσεις έλκους με λίγες έως μέτριες εκκρίσεις. Έτσι επιτυγχάνουμε μεγαλύτερη αντοχή του επιθέματος και αύξηση του χρόνου κορεσμού του.

Επίσης υπάρχει σε μορφή πάστας πάλι με βασική σύνθεση την κυτταρίνη. Για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα έχουν προστεθεί στην κυτταρίνη, παραφίνη και άλλα ελαιώδη συστατικά. Η τοποθέτηση της πάστας γίνεται στα βαθιά έλκη ή στα βαθιά έλκη με νεκρώσεις. Ακόμα τοποθετείται σε έλκη χωρίς βάθος που έχει όμως δημιουργηθεί ψευδομεμβράνη ή ινώδης ιστός. Η πάστα κυτταρίνης επιτυγχάνει την απομάκρυνση του νεκρωτικού ιστού από το έλκος.

B) ΑΛΓΗΝΙΚΑ

Τα επιθέματα αυτά είναι κατασκευασμένα από το καφέ φύκι της θάλασσας και έχουν την ιδιότητα να απορροφούν μεγάλες ποσότητες υγρών (20 φορές το βάρος τους) από την επιφάνεια του έλκους. Η ιδιότητα αυτή οφείλεται στην ύπαρξη του αλγηνικού ασβεστίου στη σύνθεση των επιθεμάτων. Τα επιθέματα αυτά δεν κολλούν και δεν αφήνουν υπολείμματα στο έλκος. Επιτυγχάνουν κάθετη απορρόφηση χωρίς να διαχέουν την υγρασία στο γύρο δέρμα.

Επίσης στην κατηγορία των αλγηνικών ανήκει και το κορδόνι. Η μεγάλη απορροφητικότητα που έχει σε συνδυασμό με την εύκολη τοποθέτησή του στο έλκος, το καθιστούν εξαιρετικά χρήσιμο στη φροντίδα των ελκών. Το κορδόνι μπορεί να τοποθετηθεί σε βαθιά έλκη με μέτριες εκροές και να απορροφήσει το μεγαλύτερο μέρος των υγρών. Σε κάθε αλλαγή μπορεί να απομακρυνθεί ολόκληρο χωρίς να παραμείνουν τμήματα ή ίνες στην επιφάνεια του έλκους. Μπορεί να συνδυαστεί με όλα τα επιθέματα τόσο αλγηνικά όσο και με τα υδροκολλοειδή.

Ακόμη υπάρχει και σε μορφή gel και ανήκει στην κατηγορία των υδροτζέλ. Το 90% της σύνθεσής του αποτελείται από νερό, ενώ το υπόλοιπο από αλγηνικό ασβέστιο και κυτταρίνη. Προκαλεί και προάγει οσμωτικά και αυτολυτικά φαινόμενα αυτοκαθαρισμού του έλκους και προσφέρει γρήγορη και απαλή απομάκρυνση των νεκρών ιστών.

Γ) ΜΕ ΙΩΔΙΟΥΧΟ ΠΟΒΙΔΙΝΗ (PVP-I)

Είναι αποστειρωμένο επίθεμα από ίνες ρεγιόν και βισκόζης εμποτισμένο σε μείγμα που αποτελείται από 10% Povidone Iodine, Polyethylene glycol και αποσταγμένο νερό. Το Polyethylene glycol είναι υδατοδιαλυτό και επιτρέπει στην ιωδιούχο ποβιδίνη να φτάνει στα μικροσωματίδια .

Η απελευθέρωση της ιωδιούχου ποβιδίνης εξαρτάται από τον όγκο των εκκρίσεων, έχει ευρύ φάσμα αποτελεσματικότητας χωρίς παρενέργειες και είναι αντισηπτικό. Χρησιμοποιείται σε τραύματα-έλκη με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά.

- § Μολυσμένα, μικρού βάθους
- § Χαμηλού ως μέτριου όγκου εκκρίσεων
- § Τραύματα που διατρέχουν κίνδυνο να μολυνθούν
- § Μικρά μετεγχειρητικά
- § Πρώτου βαθμού εγκαύματα
- § Κοψίματα εκδορές
- § Επιφανειακά έλκη ποδός

§ Επιφανειακές κατακλίσεις

§ Μολυσμένες πληγές από το βακτηρίδιο MRSA(Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus).

Το Povidone Iodine είναι μόριο που απελευθερώνεται όταν έρθει σε επαφή με υγρασία. Η απελευθέρωσή του PVP-I είναι σταδιακή περίπου 1% κάθε φορά, που σημαίνει ότι όταν το 1% PVP-I απορροφάται από την πληγή τότε το άλλο 1% απελευθερώνεται. Το PVP-I είναι αυτό που σκοτώνει τους μικροοργανισμούς και τους σπόρους αυτών.

Δ) ΥΔΡΟΠΟΛΥΜΕΡΕΣ

Το υδροπολυμερές είναι αποστειρωμένο επίθεμα το οποίο εφαρμόζεται σε πληγές έλκη χαμηλού ως μέτριου όγκου εκκρίσεων

Αποτελείται από 4 στρώματα:

§ Υδροπολυμερές στρώμα

§ Μη υφασμένο απορροφητικό στρώμα

§ Στρώμα πολυουρεθάνης με υποαλλεργική κολλητική ουσία

§ Αδιάβροχο στρώμα πολυουρεθάνης

Είναι απορροφητικό και έχει την ικανότητα να διατηρεί το ποσοστό υγρασίας που χρειάζεται η πληγή για την συντομότερη και αποτελεσματικότερη επούλωσή της. Παράλληλα επιτρέπει την περιττή υγρασία να εξατμίζεται ώστε να αποφεύγεται το μούλιασμα της πληγής και κατ' επέκταση η καθυστέρηση επούλωσής της. Χρησιμοποιείται σε όλα τα στάδια ελκών κατακλίσεων και σε φλεβικά έλκη, είναι δε κατάλληλο για χρήση κάτω από συμπιεστικό επίδεσμο. Δεν περιέχει πρόσθετα σωματίδια που μπορεί να απελευθερωθούν στην πληγή.

Ε) ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΦΙΛΜ

Διαφανείς μεμβράνες από πολυουρεθάνη, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε κατακλίσεις 1^{ου} και 2^{ου} σταδίου.

ΣΤ) ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΥΑΛΟΥΡΟΝΙΚΟ ΟΞΥ

Το υαλουρονικό οξύ είναι ένας βιολογικός πολυσακχαρίτης που βρίσκεται στην εξωκυττάρια ουσία των περισσότερων ιστών και ιδιαίτερα στους

αναπτυσσόμενους ιστούς. Υπάρχει σε μορφή κρέμας, γάζας, τζέλ και σε σπρέι. Το τζελ επειδή είναι άχρωμο προτιμάται για αισθητικούς λόγους.

Ενδείκνυται για την θεραπεία δερματικών ερεθισμών και βλαβών. Ειδικότερα για την κάλυψη οξέων και χρόνιων τραυμάτων(εγκαύματα πρώτου και δεύτερου βαθμού, αγγειακά και μεταβολικά έλκη και έλκος κατάκλισης).

Z) ΠΟΛΥΜΕΡΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

Έχουν υψηλή ικανότητα απορρόφησης του εξιδρώματος (40 φορές το βάρος τους). Έχουν τρισδιάστατες κυψελίδες που παροχετεύει η μία στην άλλη, κλείνουν οι τρύπες και δεν βγαίνουν έξω τα υγρά. Ιδανικά για την θεραπεία ελκών με εκροές. (Biatain, Allevyn cavity).

H) ΥΔΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΑ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ

Έχουν υψηλή απορροφητικότητα και όταν έλθουν σε επαφή με τα υγρά της κατάκλισης μετατρέπονται σε ένα διάφανο, συμπαγές, ζελατινώδες επίθεμα. Απορροφούν 6 φορές περισσότερο από τις γάζες και 2 φορές περισσότερο από τα αλγινικά επιθέματα. Προάγουν την αγγειογένεση και την επιθηλιοποίηση, διευκολύνουν την αυτολυτική απομάκρυνση νεκρωμάτων. Προστατεύουν το ευαίσθητο δέρμα γύρω από το έλκος. Είναι ιδανικά για εξιδρωματικά έλκη 1^{ου} , 2^{ου} , 3^{ου} βαθμού. (Aquasel).

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει συνοπτικά με ποια κριτήρια επιλέγονται τα κατάλληλα επιθέματα.(6,7,14,15,16)



II. ΣΤΡΩΜΝΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΕΣ

Δρουν θεραπευτικά, είναι υψηλής τεχνολογίας και βοηθάνε στην προστασία των κατακεκλιμένων ασθενών από την πίεση.

III. ΣΤΕΙΡΕΣ ΠΡΟΝΥΜΦΕΣ

Σήμερα η παρουσία ανθεκτικών μορφών βακτηριδίων στα αντιβιοτικά όπως του *staphylococcus aureus* κ.α έκανε αναγκαία την χρήση μιας νέας βιολογικής μεθόδου καθαρισμού των τραυμάτων. Οι επιστήμονες του Surgical and Materials Testing Laboratory του Bridgent της Αγγλίας λίγα χρόνια πριν μελέτησαν την θεραπευτική αυτή μέθοδο και την έθεσαν σε εφαρμογή.

Οι στείρες προνύμφες είναι ειδικά κολεόπτερα Αγγλικής προελεύσεως μήκους 2-3mm. Όταν τοποθετηθούν στις κατακλίσεις εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα τα οποία διαλύουν και ρευστοποιούν τους νεκρωμένους ιστούς. Στη συνέχεια οι ρευστοποιημένοι ιστοί γίνονται διατροφικά στοιχεία για τις προνύμφες.

Η καλλιέργεια των προνυμφών και η θεραπευτική μέθοδος τραυμάτων είναι παλιά, εφαρμοζόταν στην Αμερική πριν το 1930.

Το 1930 περίπου 200 νοσοκομεία χρησιμοποιούσαν την μέθοδο των προνυμφών για τον καθαρισμό των τραυμάτων. Το 1940 με την παρουσία και

χρήση αντιβιοτικών η θεραπευτική μέθοδος των προνυμφών βαθμιαία σταμάτησε.

IV. ΠΟΛΩΜΕΝΟ ΦΩΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΕΣ LASER

Στην Ελλάδα οι εργασίες για την επούλωση κατακλίσεων με λυχνίες πολωμένου φωτός άρχισαν το 1988 και χρησιμοποιήθηκαν κλασικές ηλεκτρικές λυχνίες για την εκπομπή γραμμικά πολωμένου φωτός. Αναφέρονται θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα σε κατακλίσεις 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} σταδίου δηλαδή σε κατακλίσεις αρχικών κλινικών σταδίων.

Σε αυτές τις λυχνίες που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία κατακλίσεων, το πολωμένο φως περνά διαμέσου ενός φακού ώστε να δημιουργείται μια ομοιογενής δέσμη φωτός με μικρή απόκλιση. Η συγκεκριμένη ηλεκτρική λυχνία εκπέμπει φως το οποίο είναι πολωμένο κατά 95% και το φασματικό εύρος κυμαίνεται μεταξύ 400 nm και 2000nm. Η πυκνότητα ισχύος αυτής της λυχνίας είναι 40mW/cm². Θα ήταν καλό να σημειωθεί ότι η ισχύς της εκπεμπόμενης laser ακτινοβολίας είναι συγκεντρωμένη σε πάρα πολύ μικρό εύρος φάσματος συγκριτικά με την εκπεμπόμενη ακτινοβολία της κλασικής ηλεκτρικής λυχνίας. Η ηλεκτρική λυχνία είναι εύκολη στη χρήση της και ο χειριστής δεν χρειάζεται εκπαίδευση παρά μόνο να εφαρμόζει τις οδηγίες της κατασκευαστικής εταιρίας.

Για τις κλινικές εφαρμογές η λυχνία αυτή χρησιμοποιείται κάτω από τις παρακάτω συνθήκες:

1. Η ακτινοβολία πρέπει να πέφτει κάθετα προς την υπό θεραπεία περιοχή.
2. Ο χρόνος ακτινοβολήσης για κάθε περιοχή κυμαίνεται μεταξύ 5-6 λεπτών.
3. Η ηλεκτρική λυχνία τοποθετείται σε απόσταση περίπου 10-15 εκ. από την περιοχή της κατάκλισης.
4. Προσοχή χρειάζεται όταν υπάρχουν νεκρωμένοι ιστοί ή εσχάρεις. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται ο καθαρισμός τους.

5. Ο ελάχιστος αριθμός συνεδριών είναι ένας την ημέρα.
6. Ο αριθμός των συνεδριών είναι ανάλογος με τις ανάγκες κάθε περίπτωσης, δηλαδή μέχρι θεραπείας της κατάκλισης.

Η χρήση της ηλεκτρικής λυχνίας πολωμένου φωτός ως θεραπευτικό μέσον δεν αποκλείει άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές αγωγές αλλά και ως μόνη θεραπευτική αγωγή.

Σχετικές κλινικές μελέτες για την επούλωση των κατακλίσεων με Laser HeNe και πολωμένο φως αναφέρουν θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Ασφαλώς σήμερα υπάρχει δυνατότητα επιλογής μη παρεμβατικών και παρεμβατικών θεραπειών όμως ιδιαίτερη σημασία έχουν τα κλινικά κριτήρια για την απόφαση της θεραπείας που δίνουν την εικόνα του ασθενούς. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής/τρια να γνωρίζει το στάδιο της κατάκλισης του ασθενούς, τον τρόπο στάσης του, τις καθημερινές δραστηριότητες του, αν είναι κλινήρης ή αν χρησιμοποιεί κάποιο αναπηρικό αμαξίδιο.

Απαραίτητη είναι η αξιολόγηση και η συνεχής επαναξιολόγηση του είδους της θεραπείας και των μέσων που χρησιμοποιούνται στην κάθε θεραπεία.^(4,6)

V. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΖΟΝ

Στην ιατρική χρησιμοποιήθηκε σαν μίγμα O_2/O_3 ονομαζόμενο και ιατρικόν όζον, όπου το O_3 υπάρχει σε συγκέντρωση 30 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτό της βιομηχανικής χρήσης από 1 έως 40 mg/ml οξυγόνου.

Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΟΖΟΝΤΟΣ

- ✚ Άμεση δράση στην τοπική εφαρμογή απολυμαντικού και τροφικού τύπου.
- ✚ Δράση κατά των μικροβίων και των ιών σε γενικό επίπεδο στην ικανή παραγωγή υπεροξειδίων
- ✚ Βελτίωση του μεταβολισμού του οξυγόνου στο επίπεδο των ερυθρών αιμοσφαιρίων λόγω αύξησης κατανάλωσης της γλυκόζης, της διάσπασης των λιπαρών οξέων και της ενεργοποίησης των ενζύμων που μπλοκάρουν τα υπεροξείδια και τις ελεύθερες ρίζες.
- ✚ Αύξηση της ευκαμψίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- ✚ Αύξηση της παραγωγής, πάντα στο επίπεδο των ερυθρών αιμοσφαιρίων, του 2,3-διφωσφογλυκεριδικού οξέος, υπεύθυνου της απελευθέρωσης του οξυγόνου στους ιστούς.

ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Το όζον είναι ασταθές αέριο που διασπάται εύκολα σε μια ταχύτητα που εξαρτάται από την θερμοκρασία (στους 25⁰C διασπάται το 60% περίπου σε μία ώρα). Βάσει αυτού και άλλων παραμέτρων, εξελίχθηκαν οι μέθοδοι χορηγήσεως.

α) Τοπικά: δια μέσου της εφαρμογής ενός γυάλινου κώδωνος ή ενός πλαστικού ασκού ο οποίος στεγανοποιείται καταλλήλως και εντός των οποίων ρέει το μείγμα O₂/O₃. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται ευρέως σε άτονα έλκη ή κατακλίσεις, δεν έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα παρά μόνο σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία του εξωτερικού.

β) Γενικά:

1. Μία μέθοδος χορηγήσεως η οποία εφαρμόζεται ευρέως είναι η μεγάλη αυτομετάγγιση. Αυτό συνίσταται στην λήψη φλεβικού αίματος σε ασκό μετάγγισης και αφού αναμιχθεί με μείγμα O_2/O_3 επαναχορηγείται. Χρησιμοποιείται σε αυτοάνοσες παθήσεις του συνδετικού ιστού, σε παθήσεις του κυκλοφορικού, σε σηπτικές φλεγμονές και στην αύξηση της απόδοσης όπου αυτή είναι απαραίτητη.
2. Αυτομεταβολισμός(μικρή αυτομετάγγιση). Λαμβάνονται 10ml αίματος, ανακινούνται σε 10ml μείγματος O_2/O_3 και χορηγούνται ενδομυϊκά. Αναφέρεται μεταξύ των μεθόδων της παθητικής ανοσοποίησης.
3. Ενδοαρθρική και περιαρθρική χορήγηση αερίου μείγματος. Χρησιμοποιείται σε τραυματικές εκφυλιστικές αρθροπάθειες.
4. Τοπικές υποδόριες εγχύσεις στα σημεία του πόνου ή στα σημεία όπου απαιτείται βελτίωση του τροφισμού(έλκη, κυτταρίτις).
5. Στις σωματικές κοιλότητες(οδοντιατρική, γαστρεντερολογία).
6. Κρέμα σε O_2/O_3 σε έκδοχα ελαίων.
7. Ενδοαρτηριακή ή ενδοφλέβια χρήση(κυκλοφορικό).

VI. ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Η καλλιέργεια επιδερμικού μόσχευματος είναι μια μέθοδος επιτάχυνσης της σύγκλισης της ελκωτικής επιφάνειας. Σύμφωνα με αυτή την μέθοδο, αφαιρείται δείγμα δέρματος από κάποιο υγιές σημείο του σώματος, το οποίο στη συνέχεια τοποθετείται σε τρυβλίο και αφήνεται να πολλαπλασιαστεί. Σχηματίζεται ένα λεπτό <<φύλλο>> επιδερμίδας, το οποίο μεταμοσχεύεται στο τραύμα. Το μόσχευμα από την μια δρα ως υποκατάστατο του δέρματος και από την άλλη απελευθερώνει αυξητικούς παράγοντες μέσα στο τραύμα επιταχύνοντας έτσι την επούλωση του. Παρόμοια αποτελέσματα δείχνει και η χρήση βιοσυνθετικών υποκατάστατων δέρματος.

VII. ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι αυξητικοί παράγοντες, γνωστοί και ως growth factors, είναι ουσίες που φυσιολογικά απελευθερώνονται από τα αιμοπετάλια, τα μακροφάγα και άλλα κύτταρα που συμμετέχουν στη διεργασία της επούλωσης. Η απελευθέρωση τους ενεργοποιεί τη διαίρεση, τον πολλαπλασιασμό και την μετανάστευση άλλων κυττάρων στην περιοχή του τραύματος. Έτσι συντελούν στο σχηματισμό κοκκιώδους ιστού και νέας επιδερμίδας. Έχουν αναγνωρισθεί περισσότεροι από 30 αυξητικοί παράγοντες και έχει αποδειχθεί ότι η απουσία τους επιβραδύνει την επούλωση και προδιαθέτει σε λοιμώξεις. Η χρήση των αυξητικών παραγόντων στην κλινική πράξη, με τοπική εφαρμογή ή με την εφαρμογή επιθεμάτων με αυξητικούς παράγοντες, έχει δείξει ότι η επουλωτική διεργασία επιταχύνεται, γεγονός που επιβάλλει την μελλοντική τους χρήση στα πλαίσια της θεραπευτικής διαχείρισης του τραύματος και των κατακλίσεων.

VIII. ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ & ΗΛΕΚΤΡΟΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΔΙΕΓΕΡΣΗ

Μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση είναι η ηλεκτρική διαδερμική διέγερση (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) και η ηλεκτρομαγνητική διέγερση (Electromagnetic Therapy). Η ηλεκτρική και ηλεκτρομαγνητική διαδερμική διέγερση των ινοβλαστών βελτιώνει την κυκλοφορία και επιταχύνει την σύνθεση του κοκκιώδους και επιθηλιακού ιστού. Σύγχρονες μελέτες έδειξαν ότι κατακλίσεις που δέχτηκαν υψηλής τάσης ηλεκτρική ενέργεια επουλώθηκαν με ρυθμό 40% ταχύτερα, στη διάρκεια μια εβδομάδας σε σύγκριση με τραύματα που δεν υποβλήθηκαν σε αυτήν.⁽¹⁵⁾

IX. ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη θεραπεία των κατακλίσεων σημαντικό ρόλο παίζει η μερική πίεση του οξυγόνου. Όπως είναι γνωστό, η μερική πίεση του οξυγόνου τοπικά επηρεάζει την αναγέννηση του επιθηλιακού ιστού, τη φαγοκυτταρική άμυνα,

την αγγειογένεση και την σύνθεση του κολλαγόνου. Η θεραπεία χρόνιων τραυμάτων με οξυγονοθεραπεία σε θαλάμους υπερβαρικού οξυγόνου έδειξε ότι ο ρυθμός της επούλωσης αυξάνεται, όπως επίσης αυξάνεται και η αντίσταση του τραύματος σε λοιμώξεις. Με τη χρήση του υπερβαρικού οξυγόνου αποκαθίσταται ένα κυτταρικό περιβάλλον στο οποίο βελτιώνονται οι μηχανισμοί επούλωσης του τραύματος και της κυτταρικής άμυνας. Η αύξηση της PO₂ στην τραυματική περιοχή, προάγει την επούλωση με πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών και των ενδοθηλιακών κυττάρων, με την παραγωγή κολλαγόνου και την αγγειογένεση. Το υπερβαρικό οξυγόνο αυξάνει σημαντικά και την βακτηριοκτόνο δράση των λευκοκυττάρων. Έχει δειχθεί επίσης ότι το υπερβαρικό οξυγόνο αποτελεί χημειοτακτικό παράγοντα έλξης και ενεργοποίησης των μακροφάγων. Η ενεργοποίηση προκαλεί την παραγωγή αυξητικών παραγόντων από τα μακροφάγα, οι οποίοι όπως έχει αναφερθεί επιταχύνουν την επουλωτική διεργασία.^(17,18)

X. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αργινίνη βελτιώνει την επούλωση των τραυμάτων διότι διεγείρει τη σύνθεση του κολλαγόνου. Επίσης βελτιώνει το ισοζύγιο του αζώτου αποτρέποντας τον καταβολισμό μυϊκού ιστού. Κατά την εμφάνιση της φλεγμονής η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την σωστή λειτουργία των μακροφάγων. Δρα ως συμπαράγοντας στη σύνθεση του κολλαγόνου που είναι απαραίτητο στην επούλωση των πληγών. Λειτουργεί σαν φορέας των σουλφομάδων που είναι αναγκαίες για την σύνθεση των γλυκοζαμιγλυκανών που είναι απαραίτητα συστατικά του συνδετικού ιστού.

Συμπληρωματική βιταμίνη A αυξάνει την παραγωγή του κολλαγόνου στην περιοχή του τραύματος συμβάλλοντας στην επούλωση. Επίσης διεγείρει την ενεργοποίηση των λεμφοκυττάρων.

Όλες οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β (Β₂, Β₆, Β₁₂) και το φυλλικό οξύ έχουν σημαντικό ρόλο στις αντιδράσεις μεταβολισμού κατά την επούλωση των τραυμάτων.

Η αντιοξειδωτική δράση των βιταμινών Ε, σεληνίου και καροτενοειδών μπορεί να αποτρέψει την ισχαιμία, εξουδετερώνοντας τις ελεύθερες ρίζες.

Ο ψευδάργυρος είναι ενωμένος με τουλάχιστον 20 ένζυμα που συμμετέχουν στις αντιδράσεις μεταβολισμού κατά την επούλωση.

Ο Σίδηρος είναι απαραίτητο συστατικό στη σύνθεση του κολλαγόνου.

Υπάρχουν λοιπόν συμπληρώματα εμπλουτισμένα με ειδικά θρεπτικά συστατικά για την διαιτητική αντιμετώπιση ασθενών με κατακλίσεις. (19)

XI. ΣΥΝΕΧΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΠΙΕΣΗ(VAC)

Η θεραπεία των χρόνιων χειρουργικών τραυμάτων είναι επίπονη και μακροχρόνια. Η γενική κατάσταση των αρρώστων ή οι τοπικές συνθήκες περιορίζουν τις δυνατότητες για αυτόματη επούλωση ή χειρουργικών χειρισμών για αποκατάσταση.

Τα τελευταία χρόνια για την θεραπεία αυτής της κατηγορίας των τραυμάτων έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία ένα σύστημα συνεχούς αναρρόφησης της κοίτης του τραύματος με την ονομασία V.A.C (Vacuum Assisted Closure).

Η θεραπεία με το V.A.C στηρίζεται ότι με την συνεχή αρνητική πίεση επιτυγχάνονται:

1. Μείωση στο μεσοκυττάριο οίδημα και αύξηση της αιμάτωσης.
 2. Μείωση του μικροβιακού πληθυσμού χωρίς μεταβολή στη σύνθεση του.
 3. Παραγωγή κοκκιώδους ιστού.
 4. Διατήρηση υψηλού βαθμού υγρασίας στο τραύμα.
- Αύξηση στον κυτταρικό αποικισμό του τραύματος.

Υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ της επούλωσης του τραύματος και της ισορροπίας των μεταλλοπρωτεασών/αναστολέων αυτών. Η επικράτηση των αναστολέων προάγει την επούλωση του τραύματος. Έχει αποδειχθεί ότι η συνεχής αρνητική πίεση μεταβάλλει σημαντικά αυτόν τον συσχετισμό υπέρ των αναστολέων των μεταλλοπρωτεασών. Τραύματα με πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία με αρνητική πίεση χαρακτηρίζονται από υψηλά ιστικά επίπεδα μεταλλοπρωτεασών.

Ενδείξεις: Οι ενδείξεις για την θεραπεία με V.A.C είναι : α) οξέα και χρόνια τραύματα β) διάσπαση τραυμάτων, ακόμη και με εκτεθειμένους τένοντες ή οστά. γ) άτονα έλκη διαφόρου αιτιολογίας ε) προπαρασκευή της κοίτης για την τοποθέτηση δερματικών αυτομοσχευμάτων. στ) διάσπαση μέσης στερνοτομής ζ) θεραπεία κατακλίσεων.

Αντενδείξεις: Οι αντενδείξεις για την θεραπεία με συνεχή αρνητική πίεση είναι η ύπαρξη νεκρωμένων ιστών, εκτεθειμένα αγγεία, συρίγγια, κακοήθειες και οστεομυελίτιδα.

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή η εφαρμογή του σε ασθενείς που παίρνουν αντιπηκτικά ή έχουν επανειλημμένα επεισόδια αιμορραγίας από το τραύμα.

Η προπαρασκευή του ασθενούς για την εφαρμογή του συστήματος περιλαμβάνει τον χειρουργικό καθαρισμό όλων των νεκρωμάτων και το ξύρισμα της γύρω περιοχής ώστε να είναι δυνατόν να κολλήσει η μεμβράνη. Η εφαρμογή της αρνητικής πίεσης γίνεται μέσω ειδικού σπόγγου που κόβεται ώστε να εφαρμόζει ακριβώς στο τραύμα και που στερεώνεται με ειδική αυτοκόλλητη μεμβράνη που επικαλύπτει 4 εκατοστά τα χείλη του τραύματος. Η αρνητική πίεση, 125 έως 175 mmHg, εφαρμόζεται όλο το 24ωρο και είναι συνεχής ή διακεκομμένη. Τα υγρά που αναρροφούνται αποθηκεύονται σε ειδικό κάνιστρο μιας χρήσεως όγκου 300κ.ε. Όταν το κάνιστρο γεμίσει η συσκευή σταματάει να λειτουργεί. Η δικλείδα αυτή ασφαλείας προφυλάσσει τη συσκευή αλλά κυρίως εξασφαλίζει ότι σε περίπτωση αιμορραγίας δεν μπορεί να έχουμε απώλεια

αίματος μεγαλύτερη από 300 κ.ε. Δεν απαιτείται η ακινητοποίηση του ασθενούς. (15)

XII. Zn ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

Πριν την περιγραφή των επιδράσεων του Zn στην επούλωση των τραυμάτων θεωρήθηκε σκόπιμη μια σύντομη παράθεση στοιχείων γύρω από την πορεία της επούλωσης ενός τραύματος γενικά. Η επούλωση ενός τραύματος περιλαμβάνει σύμπλοκα βιολογικά φαινόμενα, τα οποία μπορούν να διαιρεθούν αδρά σε τρεις αλληλεπικαλυπτόμενες φάσεις επούλωσης και συγκεκριμένα στη φλεγμονώδη φάση που διαρκεί 4-6 μέρες μετά την δημιουργία του τραύματος, στη φάση της ινοπλασίας που διαρκεί 3-5 μέχρι και 14-21 μέρες από τότε που δημιουργήθηκε το τραύμα και τέλος στη φάση του ανασχηματισμού ή αναμόρφωσης που παρατηρείται μεταξύ 14-21¹⁵ ημέρας μετά την δημιουργία του τραύματος.

Κατά την πρώτη φάση, αυτή της φλεγμονώδους, παρατηρείται μια σειρά φαινομένων που σχετίζονται με την συγκόλληση των αιμοπεταλίων, την πήξη του αίματος και την παραγωγή αγγειοενεργών και χημειοτακτικών ουσιών. Στη δεύτερη φάση, αυτή της ινοπλασίας, σχηματίζεται κοκκιώδης ιστός και τέλος στην Τρίτη φάση έχουμε τον ανασχηματισμό ή επαναεπιθηλιοποίηση η οποία αρχίζει εντός ωρών μετά την δημιουργία του τραύματος.

Η θεραπεία των ελκών με Zn συμβαίνει κυρίως μέσω του στόματος *per os* δηλαδή χορήγηση όπου τα θετικά αποτελέσματα αυτού του τρόπου θεραπείας είχαν αναφερθεί από πολύ παλαιά ήδη από το 1953 αλλά επανεκτιμήθηκαν και αργότερα. Άλλος επίσης τρόπος χορήγησης του Zn είναι η τοπική εφαρμογή κυρίως ως θειικός ψευδάργυρος σε μορφή λοσιόν, υδατικών διαλυμάτων αλλά και συχνά χρησιμοποιείται σε αλοιφές και πάστες.

Πέραν της μεγάλης σπουδαιότητας του Zn στον οργανισμό και της διατήρησης αυτού σε φυσιολογικά επίπεδα, κυρίως μετά από μεγάλα

χειρουργεία, ο Ζη είναι σημαντικός λόγω των προστατευτικών, σηπτικών και αντισηπτικών του ιδιοτήτων. (20)

XIII. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΠΡΩΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

- ✓ Εφαρμόζονται τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων.
- ✓ Χρησιμοποιούνται υλικά που προστατεύουν την κατάκλιση και συμβάλλουν στην αποφυγή της τριβής του δέρματος, όπως διαφανή υδροκολλοειδή επιθέματα, υδροκολλοειδή επιθέματα με δακτυλίους φελιζόλ.

Η διαδικασία εφαρμογής του επιθέματος είναι η εξής:

- ✓ Πλένεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό
- ✓ Στεγνώνεται η περιοχή με γάζα
- ✓ Εφαρμόζεται το κατάλληλο επίθεμα

Μεγάλη προσοχή απαιτείται όταν εφαρμόζεται επίθεμα με δακτυλίους φελιζόλ καθώς πρέπει να αφαιρούνται τόσοι δακτύλιοι όση είναι η έκταση του υποκείμενου έλκους. Η σκοπιμότητα αυτής της κατασκευής είναι η μεταφορά της πίεσης στην περιφέρεια της κατάκλισης. Κατά την τοποθέτηση τέτοιων επιθεμάτων μπορεί να προκληθεί μείωση της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή γύρω από την κατάκλιση και για τον λόγο αυτό απαιτείται προσεκτικός χειρισμός και σωστή παρατήρηση.

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 3-5 μέρες και αμέσως όταν παρατηρείται διαφοροποίηση της κατάστασης του δέρματος ή το επίθεμα έχει ξεκολλήσει.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ Α΄ ΒΑΘΜΟΥ

Γυναίκα 76 ετών με σακχαρώδη διαβήτη παρουσίασε κατάκλιση α΄ βαθμού και μετά από 25 ημέρες κατάλληλης φροντίδας και περιποίησης βελτιώθηκε



1^η εικόνα



2^η εικόνα

ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

- ✓ Εφαρμόζονται τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης κατακλίσεων
- ✓ Χρησιμοποιούνται τα παρακάτω είδη επιθέματων ανάλογα με την ποσότητα των εκκρίσεων και το βάθος της κατάκλισης. Τέτοια είναι τα διαφανή υδροκολλοειδή επιθέματα, υδροκολλοειδή επιθέματα.

Η διαδικασία εφαρμογής του επιθέματος είναι η εξής:

- ✓ Πλένεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό
- ✓ Αν υπάρχουν στοιχεία φλεγμονής πλένεται με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα και αφού περάσει ο χρόνος δράσης του ξεπλένεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό.
- ✓ Στεγνώνεται η περιοχή απαλά με μία γάζα.
- ✓ Εφαρμόζεται το κατάλληλο επίθεμα.

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που το επίθεμα παρουσιάζει μια τοπική (στην έκταση του έλκους) διόγκωση, η υφή του γίνεται μαλακή και το χρώμα του γαλακτώδες καθώς και όταν παρατηρηθεί διαρροή εκκρίσεων.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ Β΄ΒΑΘΜΟΥ



Κατάκλιση β' βαθμού στους γλουτούς άμφω σε άνδρα 80 ετών με γεροντική άνοια και μετά από 3 μήνες περίπου περιποίησης φανερά βελτιωμένη η κατάκλιση.

ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΤΡΙΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

- ✓ Εφαρμόζονται τα προληπτικά μέτρα κατά της ανάπτυξης των κατακλίσεων.
- ✓ Χρησιμοποιούνται τα παρακάτω είδη επιθεμάτων και σκευασμάτων ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλισης, την παρουσία φλεγμονής και νεκρών ιστών.

Κατάκλιση χωρίς φλεγμονή και νεκρώσεις

Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται σκόνη κυτταρίνης ή δεξτρανομερείς κόκκοι ή επιθέματα αλγηνικού άλατος και τέλος υδροκολλοειδές επίθεμα.

Η διαδικασία αλλαγής σε αυτή την περίπτωση είναι η διεξοδική πλύση της περιοχής με φυσιολογικό ορό, στέγνωμα της περιοχής με αποστειρωμένη γάζα, τοποθέτηση του σκεύασματος για την απορρόφηση των εκκρίσεων και εφαρμογή του κατάλληλου υδροκολλοειδούς επιθέματος.

Κατάκλιση με φλεγμονή

Όταν στην κατάκλιση υπάρχουν σαφείς ενδείξεις φλεγμονής τότε εφαρμόζονται σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικές σκόνες, σκόνη κυτταρίνης ή δεξτρανομερείς κόκκοι, επίθεμα ή περιελιγμένο νήμα αλγινικού άλατος καθώς και το υδροκολλοειδές επίθεμα.

Επαναλαμβάνεται και εδώ η πλύση της περιοχής με φυσιολογικό ορό , στέγνωμα της περιοχής με αποστειρωμένη γάζα, τοποθέτηση σκευάσματος σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικής σκόνης, τοποθέτηση του σκευάσματος για την απορρόφηση των εκκρίσεων και εφαρμογή του υδροκολλοειδούς επιθέματος.

Κατάκλιση με νεκρώσεις

Στις κατακλίσεις με νεκρώσεις τοποθετούνται πάστα κυτταρίνης ή δεξτρανομερείς κόκκοι αναμιγμένοι με γλυκερίνη ή αλοιφή με βιολογικά ένζυμα ή σκόνη κυτταρίνης ή επίθεμα- περιελιγμένο νήμα αλγινικού άλατος καθώς και το υδροκολλοειδές επίθεμα.

Στις κατακλίσεις αυτού του είδους, οι οποίες είναι και πολύ σοβαρές, πλένεται η περιοχή με φυσιολογικό ορό, στεγνώνεται με αποστειρωμένη γάζα, τοποθετείται επάνω στους νεκρωμένους ιστούς το κατάλληλο σκεύασμα για την απομάκρυνση των νεκρώσεων καθώς και το σκεύασμα που συμβάλλει στην απορρόφηση των εκκρίσεων και ως εκ τούτου στο έλος εφαρμόζεται το υδροκολλοειδές επίθεμα.

Κατάκλιση με φλεγμονή και νεκρώσεις

Στην πιθανότητα όμως οι κατακλίσεις του ασθενούς να εμφανίζουν και τους δύο επιβαρυντικούς παράγοντες αυτούς της φλεγμονής και της νέκρωσης τότε εφαρμόζονται σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτικές σκόνες, πάστες κυτταρίνης ή δεξτρανομερείς κόκκοι αναμιγμένοι με γλυκερίνη ή αλοιφή με βιολογικά ένζυμα ή σκόνη κυτταρίνης ή επίθεμα- περιελιγμένο νήμα αλγινικού άλατος και το υδροκολλοειδές επίθεμα. Η διαδικασία για την εφαρμογή των κατάλληλων επιθεμάτων και εδώ είναι όμοια με αυτήν της φλεγμονής και της νέκρωσης μαζί.

Ο χρόνος αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που το επίθεμα παρουσιάζει μια τοπική διόγκωση, η υφή του γίνεται μαλακή και το χρώμα του γαλακτώδες καθώς και όταν παρατηρηθεί διαρροή εκκρίσεων.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ Γ΄ ΒΑΘΜΟΥ



Κατάκλιση β΄ προς γ΄ βαθμό στους γλουτούς άμφω σε γυναίκα 75 ετών με σακχαρώδη διαβήτη και ακρωτηριασμό κάτω άκρου.

ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ

Περιλαμβάνει όλα τα μέτρα του τρίτου σταδίου. Στο στάδιο αυτό οι κατακλίσεις χαρακτηρίζονται ως <<παραμελημένες>> και συνήθως φλεγμαίνουν. Η χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων, αντιβιοτικών σκευασμάτων ή σκόνης σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου θεωρείται απαραίτητη. Οι κατακλίσεις αυτές είναι πολύ πιθανό να χρειαστούν χειρουργική αποκατάσταση μετά την τοπική θεραπεία με τα επιθέματα και εφόσον δεν φλεγμαίνουν και δεν έχουν νεκρώσεις.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ Δ΄ ΒΑΘΜΟΥ



Κατάκλιση δ' βαθμού σε φτέρνα γυναίκας 84 ετών με νόσο του Parkinson.

Η εξέλιξη της κατάκλισης μετά από 6 μήνες θεραπείας είναι εμφανής.^(4,7)

XIV. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ

Η χειρουργική θεραπεία των άτονων ελκών και κυρίως της ιδιαίτερης κατηγορίας αυτής των κατακλίσεων περιλαμβάνει τον χειρουργικό καθαρισμό των ρακών και των νεκρωμάτων μέχρι καλώς αιματούμενου ιστού, την αντιμετώπιση της τοπικής φλεγμονής και λοίμωξης, την προετοιμασία και οριοθέτηση της κοίτης του προκύπτοντος ελλείμματος σεβόμενοι πάντα την επανορθωτική σκάλα.

Η επανορθωτική σκάλα είναι οι διάφοροι τρόποι χειρουργικής αποκατάστασης ελλειμμάτων από τον απλούστερο μέχρι τον συνθετότερο που οφείλει να ακολουθεί κάθε χειρουργός ανάλογα με την περίπτωση. Αυτοί είναι η σύγκλιση κατά σκοπό και δερματικά μοσχεύματα μερικού ή ολικού πάχους.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σε έλκη κατάκλισης σταδίου 3 και 4, σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση. Η χειρουργική θεραπεία έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα :

- § Πρόληψη της εξάπλωσης της φλεγμονής.
- § Ελάττωση απώλειας υγρών και πρωτεϊνών από το έλκος.
- § Συντόμευση του χρόνου θεραπείας και ελάττωση των εξόδων νοσηλείας.
- § Διευκόλυνση στην φροντίδα του ασθενούς.

Συχνή βέβαια μετά την αποκατάσταση είναι η υποτροπή της κατάκλισης σε ποσοστό 70% σε ένα μήνα. Αίτια της υποτροπής θεωρούνται η κύρια νόσος, η ανεπαρκής χειρουργική θεραπεία, η έλλειψη εκπαίδευσης ασθενών και συγγενών, η έλλειψη κατάλληλων προϋποθέσεων.





α. Διπλό έλκος στην ιεροκοκκυγική περιοχή β. Μετά το χειρουργικό καθαρισμό των μαλακών μορίων γίνεται σε μερική οστεοτομή γ. Τελικό αποτέλεσμα μετά από κάλυψη με μυοδερματικό κρημνό του μέγα γλουτιαίου.
(3,11,21)

9.Νοσηλευτική φροντίδα κατακλίσεων

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει σκοπό:

- Να προλάβει την καταστροφή των στιβάδων του δέρματος.
- Να προλάβει τη μόλυνση των ιστών.
- Να διεγείρει την επούλωση των υγιών ιστών.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν:

- Τις αρχές φροντίδας των τραυμάτων.
- Τις αρχές ασηψίας και αντισηψίας.
- Τις αρχές και τα αποτελέσματα της ακινητοποίησης του δέρματος.
- Τις τεχνικές λουτρού του σώματος.
- Τις τεχνικές πλύσης των χεριών.
- Την φυσική εκτίμηση του δέρματος
- Τις τεχνικές για αλλαγές και επίδεση τραυμάτων.
- Την χρησιμοποίηση των αποστειρωμένων γαντιών.
- Το άνοιγμα αποστειρωμένων πακέτων.

Η εκτίμηση της βαρύτητας μιας κατάκλισης θα μας βοηθήσει να σχεδιάσουμε και να εφαρμόσουμε τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη γρήγορη και ασφαλή αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, την αποφυγή

των επιπλοκών και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Στο έργο αυτό απαραίτητη είναι η σωστή διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων και φυσιοθεραπευτών.

Το σπουδαιότερο όμως εργαλείο των νοσηλευτών για την επίτευξη των παραπάνω στόχων είναι η γνώση και η σωστή χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας του ατόμου, η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της ανάρρωσης όταν υπάρχει νόσος και η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ασθενή.

Στην συγκεκριμένη λοιπόν περίπτωση των κατακλίσεων οι νοσηλευτές με γνώμονα και οδηγό την νοσηλευτική διεργασία, οφείλουν με την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο, να αξιολογήσουν τις πραγματικές του ανάγκες σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης διάστασης, κοινωνικό, βιοτικό, πνευματικό. Οφείλουν να εκτιμήσουν άμεσα τις ανάγκες του ασθενή και να συλλέξουν πληροφορίες από τον ασθενή αν είναι δυνατόν, από το οικογενειακό του περιβάλλον άλλα και από προηγούμενες ιατρικές κάρτες για το παλαιότερο ιατρικό του ιστορικό και την υπάρχουσα κατάσταση της υγείας του. Πρέπει στην φάση αυτή να παρατηρήσουν οι νοσηλευτές αν ο ασθενής ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την δημιουργία των κατακλίσεων και να εκτιμήσουν τις υπάρχουσες κατακλίσεις σε ποιο στάδιο κατατάσσονται.

Με τον τρόπο αυτό οι νοσηλευτές περνούν στην επόμενη φάση της νοσηλευτικής διεργασίας και θέτουν τους αντικειμενικούς σκοπούς που δεν είναι άλλοι από την περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης που προσδοκούν να φτάσει ο ασθενής μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Στο σημείο δηλαδή αυτό οι νοσηλευτές περιγράφουν το αναμενόμενο αποτέλεσμα μετά την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας, την αποκατάσταση της κατάκλισης και σε ποιο βαθμό αλλά και την λειτουργικότητα του ασθενή. Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι γραπτοί και συμβάλλουν ως οδηγοί στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής παρέμβασης.

Στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής παρέμβασης ιεραρχούνται οι άμεσες ανάγκες του ασθενή με κατάκλιση, όπως άμεση ανάγκη είναι η μείωση του πόνου, η ανακούφιση της πίεσης και παραγόντων τριβής αλλά και οι βιολογικές ανάγκες όπως κάλυψη του ασθενή σε υγρά και κατάλληλη τροφή.

Στην συνέχεια θέτονται τα κριτήρια εκείνα που θα καθορίσουν την αξιολόγηση του αποτελέσματος και προγραμματίζεται ποια είναι η κατάλληλη θεραπεία, η οποία είναι συγκεκριμένη για κάθε ασθενή ξεχωριστά, για την αντιμετώπιση της κατάκλισης. Προσδιορίζονται δηλαδή τα κατάλληλα επιθέματα και τα άλλα βοηθητικά μέσα στην εφαρμογή της θεραπείας.

Η εφαρμογή της θεραπείας είναι αναγκαίο και πρέπει να είναι συγκεκριμένη και να εφαρμόζεται από όλη την νοσηλευτική ομάδα που έχει την ευθύνη και πάντα μέσα στα χρονικά πλαίσια που έχουν καθοριστεί ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί και αν χρειαστεί να προσαρμοστεί σε τυχόν νέα δεδομένα. Η εκτίμηση της πορείας της θεραπείας μιας κατάκλισης παρέχει την δυνατότητα στους νοσηλευτές να κρίνουν αν η θεραπεία που ακολούθησαν είχε το αναμενόμενο αποτέλεσμα ή αν απαιτείται αναθεώρηση της θεραπείας καθώς και να προσδιορίσουν τον λόγο που η θεραπεία δεν είχε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Στάδιο εξέλιξης 1^ο

Ιστικές βλάβες

- Ερυθρότητα που δεν υποχωρεί μετά από 20-30 λεπτά από την αλλαγή θέσης
- Θερμότητα
- Πόνος- νεύρωση ανέπαφη
- Δέρμα ανέπαφο

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

- Πρόληψη λύσεως συνεχείας του δέρματος και διευκόλυνση της κυκλοφορίας του αίματος

Νοσηλευτική φροντίδα

- Û Άρση πίεσης. Αλλαγή θέσης κάθε 1-2 ώρες
- Û Σαπούνισμα με χλιαρό και μαλακό σαπούνι
- Û Διατήρηση καθαρού, στεγνού δέρματος
- Û Επάλειψη δέρματος με υδατική αλοιφή τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα
- Û Τοποθέτηση κάποιου προστατευτικού επιθέματος για την πρόληψη της τριβής

Η διαδικασία της αλλαγής γίνεται με τον ίδιο τρόπο κάθε 3-5 ημέρες και αμέσως όταν παρατηρείται διαφοροποίηση της κατάστασης του δέρματος ή το επίθεμα έχει αποκολληθεί.

Στάδιο εξέλιξης 2^ο

Ιστικές βλάβες

- Û Λέπτυνση δέρματος με χρώμα υποκίτρινο ή σκοτεινόχρωμο
- Û Εμφάνιση επιπολής φυσαλίδας με ερυθρότητα στη γύρω περιοχή
- Û Λύση της συνεχείας του δέρματος που αφορά την επιδερμίδα
- Û Ιστική βλάβη χωρίς βάθος.

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

- Û Πρόληψη επέκτασης ιστικής καταστροφής και θεραπεία εξέλκωσης

Νοσηλευτική φροντίδα

- Û Εφαρμόζονται τα προληπτικά μέτρα ανάπτυξης των κατακλίσεων
- Û Πλύσιμο με NaCl 0,9%
- Û Αν υπάρχουν στοιχεία φλεγμονής πλένεται με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα και ξεπλένεται με NaCl 0,9%
- Û Σκούπισμα με αποστειρωμένη γάζα, μόνο της περιοχής γύρω από το έλκος
- Û Κάλυψη του έλκους με επίθεμα διαφανές αν η κατάκλιση είναι επιφανειακή και δεν παρουσιάζει μεγάλη εκροή υγρών,

διαφορετικά υδροκολλοειδές ώστε να καλύπτεται πλήρως το έλκος και να υπερκαλύπτει τουλάχιστον 2 εκ. υγιούς δέρματος.

Η αλλαγή του επιθέματος γίνεται κάθε 3-5 ημέρες και πάντα αμέσως όταν παρατηρηθεί διαρροή ή γίνει διαφανές.

Στάδιο εξέλιξης 3^ο

Ιστικές βλάβες

- Û Βαθύτερη βλάβη. Περιλαμβάνει υποδόριο ιστό, με τάση για επέκταση στους μυς και τα οστά
- Û Πιθανή εμφάνιση εσχάρας, πυορροούσα, λευκάζουσα ή κιτρινωπή

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

- Û Περιποίηση της περιοχής και αφαίρεση των νεκρωμάτων

Νοσηλευτική φροντίδα

- Û Εφαρμόζονται τα προληπτικά μέτρα των κατακλίσεων
- Û Χρησιμοποιούνται ειδικά επιθέματα και σκευάσματα ανάλογα με την ποσότητα εκκρίσεων της κατάκλιση, την παρουσία φλεγμονής και νεκρωτικών ιστών
- Û Χρησιμοποιείται σκόνη κυτταρίνης ή επιθέματα αλγινικού ασβεστίου, υδροκολλοειδές ή υδροκυτταρικό ή πολυμερές επίθεμα σε περιπτώσεις έλκους με έντονες εκκρίσεις χωρίς φλεγμονή και νεκρώσεις
- Û Σκευάσματα σταδιακής απελευθέρωσης ιωδίου ή αντιβιοτική σκόνη και στη συνέχεια όλα τα προηγούμενα σε περιπτώσεις έλκους με φλεγμονή

- Û Δεξτρανομερείς κόκκοι αναμεμιγμένοι με γλυκερίνη ή αλοιφή με βιολογικά ένζυμα ή gel ή πάστα κυτταρίνης

Στάδιο εξέλιξης 4^ο

Ιστικές βλάβες

- Û Επέκταση της βλάβης στους μυς και τα οστά
- Û Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση, εκροή, συχνά δυσοσμία, στοιχεία που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού

Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας

- Û Ελάττωση της ξηρότητας του έλκους
- Û Αφαίρεση νεκρωμάτων

Νοσηλευτική φροντίδα

- Û Εφαρμογή όλων των μέτρων που αφορούν και το τρίτο στάδιο
- Û Ανακούφιση του πόνου του ασθενούς
- Û Εξυπηρέτηση των βιολογικών και πνευματικών του αναγκών

Οι αλλαγές σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να γίνονται κάθε μια μέρα. Αυτό μπορεί να βοηθήσει αρχικά στην σταθεροποίηση της κατάστασης και αποφυγή αναμολύνσεων και επιμολύνσεων. (4,22)

Κεφάλαιο 3. Εκπαίδευση νοσηλευτή

Η προπτυχιακή εκπαίδευση του νοσηλευτή περιλαμβάνει τις βασικές θεωρητικές γνώσεις γύρω από το θέμα των κατακλίσεων χωρίς όμως να γίνεται αναφορά στις νέες μεθόδους πρόληψης και θεραπείας τους. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει στα πλαίσια της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να εμπλουτίζεται το περιεχόμενο των βιβλίων που αναφέρονται στις κατακλίσεις έτσι ώστε ο νοσηλευτής να είναι γνώστης για κάθε νέα μέθοδο που εφαρμόζεται και να εκπαιδεύεται πάνω σε αυτήν, όπως στην περίπτωση της θεραπείας με υπερβαρικό οξυγόνο.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την πρόληψη και την θεραπεία των κατακλίσεων πρέπει να είναι οργανωμένα και διαθέσιμα σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών υγείας, στους ασθενείς καθώς και σε εκείνους που τους φροντίζουν και πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Ø Παθοφυσιολογία και παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων
- Ø Εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και εφαρμογές του
- Ø Επιλογή και οδηγίες για την χρησιμοποίηση των συσκευών ανακατανομής της πίεσης
- Ø Αρχές τοποθέτησης ασθενούς αναφορικά με τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης της κατάκλισης
- Ø Ανάπτυξη και εφαρμογή οδηγιών
- Ø Διευκρίνιση των ευθυνών όλων όσων εμπλέκονται στην φροντίδα
- Ø Προαγωγή υγείας
- Ø Προσέγγιση και εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος
- Ø Την σωστή καταγραφή στο νοσηλευτικό φάκελο όλων των παραμέτρων που αφορούν στην εκτίμηση, πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων
- Ø Τις στρατηγικές και διαδικασίες που θα ακολουθηθούν
- Ø Την ορθή ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών και φροντιστών τους η οποία θα πρέπει να περιλαμβάνει γραπτές οδηγίες για την κατ' οίκων συνέχιση της φροντίδας και να τονίζεται η ανάγκη της επανεκτίμησης της κατάστασης του ασθενή από τους θεράποντες ιατρούς σε τακτά χρονικά διαστήματα. Βέβαια είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίζεται η σημασία της έγκαιρης ανίχνευσης σημείων εμφάνισης ελκών κατάκλισης και η έγκαιρη ενημέρωση της ομάδας των κατακλίσεων.

Διατήρηση της ποιότητας της φροντίδας

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην πρόληψη και φροντίδα των κατακλίσεων, θα πρέπει να βασίζονται σε τελευταία έγκυρα και αξιόπιστα

επιστημονικά δεδομένα και να είναι προσαρμοσμένα κατάλληλα ανάλογα αν απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, ασθενείς ή σε φροντιστές ασθενών.

Γραπτές κλινικές οδηγίες και πρωτόκολλα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και να εμπλέκονται οι ασθενείς και οι φροντιστές τους ένα οι ίδιοι αδυνατούν, στη λήψη των αποφάσεων που τους αφορούν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Οι οδηγίες θα πρέπει να είναι απλές, σαφείς και κατανοητές.

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να υπολογίζονται οι δείκτες επιπολασμού και επίπτωσης των κατακλίσεων πριν και μετά την εφαρμογή των πρωτοκόλλων σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα. Είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό να οριστούν κοινοί δείκτες εκτίμησης και αξιολόγησης των παρεμβάσεων φροντίδας των κατακλίσεων στα τμήματα των νοσοκομείων, ώστε να εκτιμάται η αποδοτικότητα κάθε παρέμβασης με από κοινού συμφωνηθέντα κριτήρια.

Θα πρέπει επίσης να υπάρχει ένα σύστημα παρακολούθησης και συνεχούς αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των στρατηγικών που εφαρμόζονται από την διεπιστημονική ομάδα για την πρόληψη και αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Επιπρόσθετα κάθε νέο περιστατικό κατάκλισης θα πρέπει να καταγράφεται σε ειδική φόρμα και να ενημερώνεται η επιτροπή πρόληψης και αντιμετώπισης των κατακλίσεων. Η διεπιστημονική ομάδα οφείλει να συζητά αυτά τα περιστατικά και να διερευνά την πιθανότητα να είχαν αποφευχθεί ή να προχωρά αν απαιτείται, σε αλλαγή των προληπτικών ή θεραπευτικών μέσων που χρησιμοποιεί, ενώ είναι σημαντικό να ενθαρρύνονται ερευνητικές προσπάθειες που αφορούν στην αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων παρεμβάσεων και των επιδράσεων τους στην επίτευξη και διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Διότι ποιότητα μπορεί να προσφέρει κάποιος σε οποιαδήποτε θέση και επάγγελμα και αν ανήκει, απλά και μόνο να αγαπά αυτό που κάνει, αλλά προσφορά ποιότητας σε υπηρεσίες υγείας σημαίνει κάτι παραπάνω. Σημαίνει να ενώνει τις δυνάμεις του μαζί με αυτές των άλλων επαγγελματιών υγείας και να

προσφέρει καταθέτοντας τις δικές του μοναδικές γνώσεις και την δική του επαγγελματική αντιληπτικότητα, ισότιμα δίπλα σε αυτές τις εξίσου πολύτιμες των άλλων επαγγελματιών υγείας, υπηρετώντας τον άνθρωπο σαν ολότητα και όχι την ασθένεια μεμονωμένα. (16)

Κοινοτική νοσηλευτική

Στην προσπάθεια λοιπόν αυτή να αντιμετωπισθεί ο ασθενής ως ολότητα και όχι ως μέρος μιας πάθησης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κοινοτική νοσηλευτική. Είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας με βάση τις ανάγκες υγείας τους. Αυτό απαιτεί από τον νοσηλευτή δεξιοτεχνία στην κλινική άσκηση της νοσηλευτικής αλλά και επικέντρωση στις ανάγκες υγείας του συνολικού πληθυσμού της κοινότητας με έμφαση την πρόληψη των ασθενειών και στην συγκεκριμένη περίπτωση στην εκπαίδευση των ανθρώπων προς αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων.

Οι βασικές γνώσεις και δεξιοτεχνίες που χρησιμοποιεί η κοινοτική νοσηλευτική είναι ίδιες με αυτές που χρησιμοποιεί η νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπός της είναι να δώσει ολοκληρωμένη ανθρώπινη και προσιτή φροντίδα σε όλα τα άτομα της κοινότητας. Όπως η νοσηλευτική έτσι και η κοινοτική νοσηλευτική χρησιμοποιεί την νοσηλευτική διεργασία για αξιολόγηση των αναγκών υγείας, τον προγραμματισμό της φροντίδας που θα χρειασθεί να προσφέρει και την εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας αυτής. Δεν είναι δυνατόν λοιπόν να υπάρχει κοινοτική νοσηλευτική χωρίς νοσηλευτική και κοινοτικός νοσηλευτής χωρίς πρώτα να είναι νοσηλευτής.

Στόχος της νοσηλείας στο σπίτι είναι η υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών τους ώστε να αποφεύγουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο όταν δεν υπάρχει άμεση ανάγκη, ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών με οργανωμένα προγράμματα, εκπαίδευση και υποστήριξη των μελών της οικογένειας, πρόληψη επιπλοκών, αποκατάσταση και επανένταξη.

Στις κατακλίσεις λοιπόν είναι άμεση η ανάγκη παρέμβασης του κοινοτικού νοσηλευτή καθώς σε πολλές περιπτώσεις η αντιμετώπισή τους μπορεί να γίνει και στη οικία του ασθενή και έτσι να αποφύγει και τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εισαγωγή στο νοσοκομείο τόσο στην ψυχολογία του ασθενή όσο και στην υγεία του. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει τις κατάλληλες θεραπείες για τον ίδιο τον ασθενή , να διδάξει το περιβάλλον του ασθενή ώστε να συμβάλλει και αυτό στην αποθεραπεία του ασθενή τους αλλά και να προσφέρει σημαντικές λύσεις στην οικογένεια και γενικά στην κοινότητα όταν παρουσιάζονται αδιέξοδα σχετικά με τα δικαιώματα του ασθενή στις παροχές και στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας .

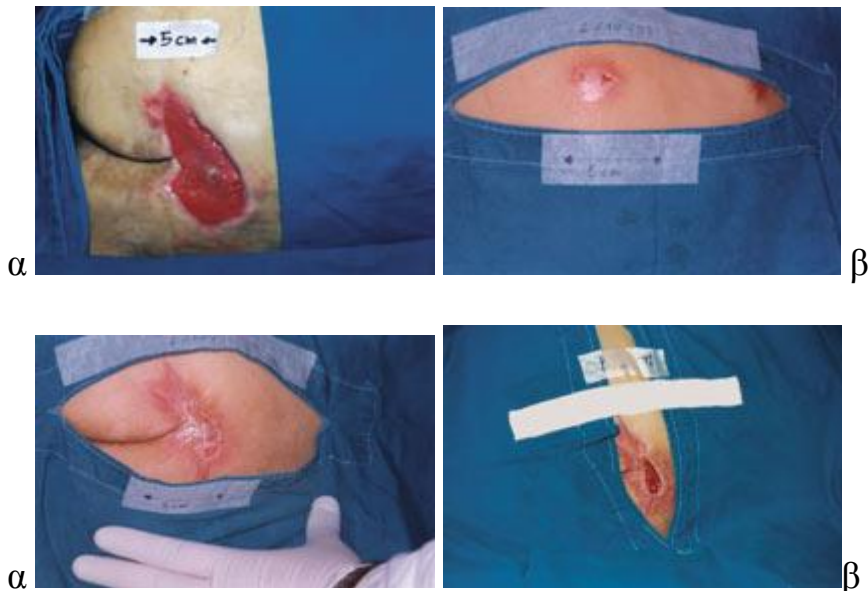
Για τον λόγο αυτό λοιπόν είναι αναγκαίο να συνεχίσουν να υπάρχουν τα προγράμματα αυτά και να εφοδιαστεί ο νοσηλευτής με γνώσεις έτσι ώστε να οργανώνει και να εφαρμόζει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας του αρρώστου και της οικογένειάς του , να προσφέρει υποστήριξη, βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς των ατόμων. Να επιβλέπει και να συντονίζει την εργασία της νοσηλευτικής ομάδας, να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα. Για να μπορέσει να τα καταφέρει αυτά ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει άρτια τεχνική, υπομονή, ευγένεια, διακριτικότητα, εχεμύθεια και αυξημένο αίσθημα ευθύνης. Το κλειδί για την επιτυχή φροντίδα στο σπίτι είναι ο σεβασμός προς τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Μέσα λοιπόν από την κοινοτική νοσηλευτική προσφέρεται άριστη φροντίδα, καλύτερη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και το κόστος είναι μικρότερο.

Κεφάλαιο4.Περιστατικά-εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας

Παρακάτω παρατίθενται κάποια πραγματικά περιστατικά με κατακλίσεις και συνοδά προβλήματα υγείας από την πλαστική χειρουργική του γενικού

νοσοκομείου "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης. Παρουσιάζονται ασθενείς με κατακλίσεις διαφόρων σταδίων.



Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται για άρρενες ασθενείς, στις φωτογραφίες (α) ασθενής ηλικίας 76 ετών. Νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική αρχικά με διάγνωση οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στις 06/09/2010. Ο ασθενής παρέμεινε κλινήρης καθόλη την διάρκεια της νοσηλείας του, δεν είχε πολύ καλή επικοινωνία με το περιβάλλον, έφερε καθετήρα ουροδόχου κύστης και σιτιζόταν με ρινογαστρικό καθετήρα. Ο ασθενής λόγω της μεγάλης νοσηλείας του στο νοσοκομείο και της παραμονής του στο κρεβάτι ανέπτυξε κατακλίσεις στην ιεροκοκκυγική περιοχή. Μετά από θεραπεία με επιθέματα και με μία σχετική βελτίωση των κατακλίσεων, ζητήθηκε η συνδρομή των πλαστικών χειρουργών και έτσι ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αντιμετώπιση των κατακλίσεων αφού έκκριναν οι θεράποντες ιατροί του ότι ήταν εφικτό.

Στις φωτογραφίες (β) ο ασθενής είναι άρρεν ηλικίας 67 ετών ο οποίος νοσηλεύτηκε αρχικά στην παθολογική κλινική του νοσοκομείου "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης στις 06/08/2010 . Ο ασθενής έπασχε από την νόσο Alzheimer, από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 καθώς και από αρτηριακή υπέρταση και ήταν σε φαρμακευτική αγωγή. Η νοσηλεία του έγινε για τον σακχαρώδη διαβήτη καθώς δεν εφάρμοζε το περιβάλλον του σωστά την χορήγηση της ινσουλίνης οπότε παρουσίαζε συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας. Παρατηρήθηκε στη συνέχεια ότι ο ασθενής έφερε έλκος στην δεξιά πλευρά της ιεροκοκκυγικής περιοχής και λόγω του σακχαρώδη διαβήτη του οποίου τα επίπεδα δεν ήταν σταθερά, δεν επούλωνόταν οπότε και ο ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αντιμετώπιση του έλκους από τους χειρουργούς της πλαστικής χειρουργικής του ίδιου νοσοκομείου.



γ

Ασθενής άρρεν ηλικίας 82 ετών παρουσίαζε κατακλίσεις 4 βαθμού τόσο στην ιεροκοκκυγική περιοχή όσο και στις φτέρνες. Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική κλινική του νοσοκομείου Παπαγεωργίου με εγκεφαλικό επεισόδιο την 30/07/2010. Έπασχε από αρτηριακή υπέρταση και γεροντική άνοια. Στην κλινική τοποθετήθηκε καθετήρας ουροδόχου κύστεως. Ήταν κλινήρης από διαίτας και παρουσίαζε σημεία κατακλίσεων μικρά και τα οποία

αντιμετωπίζονταν. Στη συνέχεια λόγω κακής διατροφής και ενυδάτωσης τα προβλήματα αυτά διογκώθηκαν με αποτέλεσμα την εμφάνιση κατακλίσεων τελευταίου σταδίου. Μετά από χειρουργικό καθαρισμό εφαρμόστηκαν υδροενεργά επιθέματα ταυτόχρονα με πάστα κυτταρίνης και το αποτέλεσμα ήταν θαυματικό μέσα σε διάστημα 40 ημερών.



δ

Ασθενής γυναίκα ηλικίας 86 ετών με πολλαπλά προβλήματα υγείας και μετά από νοσηλεία στο νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης συνεχίζει την νοσηλεία στην οικεία της. Η πρώτη επαφή με την ασθενή έγινε την 13/10/2010 οπότε και διαπιστώθηκε ότι η ασθενής παραμένει κλινήρης με μειωμένη αντίληψη καθώς και με πρόσφατο εγκεφαλικό επεισόδιο, σακχαρώδη διαβήτη

και πρόσληψη κατά διαστήματα οξυγόνου. Έφερε καθετήρα ουροδόχου κύστεως και η πρόσληψη νερού και τροφής γινόταν per os από την συνοδό της. Η ασθενής παρουσιάζει κατακλίσεις 4^{οο} βαθμού πλάγια του δεξιού γλουτιαίου καθώς και στη δεξιά κνήμη. Οι κατακλίσεις αρχικά παρουσίαζαν νεκρώσεις και δυσσομία αλλά μετά από την κατάλληλη θεραπεία αυτά περιορίστηκαν και μάλιστα χωρίς χειρουργική παρέμβαση. Έτσι λοιπόν σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε ένα σύστημα θεραπείας με οδηγό την νοσηλευτική διεργασία.

Νοσηλευτική διεργασία

Παρακάτω παρατίθενται οι νοσηλευτικές διεργασίες που εφαρμόστηκαν για κάθε έναν ασθενή και για κάποια από τα προβλήματά του με μοναδικό σκοπό την ανακούφιση του, πάντα με σεβασμό και αξιοπρέπεια στην προσωπικότητα, την ιδιοσυγκρασία και τις επιθυμίες του ίδιου του ασθενή.

Αξιολόγηση Ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός
<u>Ασθενής α</u> 1. πυρετός 38,9° C	Μείωση πυρετού στα φυσιολογικά επίπεδα 36,8° C
2. Πόνος από την συνεχή κατάκλιση	Ανακούφιση από τον πόνο
3. Ανεπαρκής σίτιση από ρινοαστρικό καθετήρα	Επαρκή πρόσληψη τροφής
4. κατακλίσεις στην ιεροκοκκυλική περιοχή	Επούλωση των κατακλίσεων- αποφυγή νέων

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος	Αξιολόγηση Αποτελέσματος	Αντικειμενικός Σκοπός
θα χορηγηθεί αντιτυρετικό	<p>§ χορήγηση αντιτυρετικό</p> <p>§ χορήγηση υγρά ενδοφλέβια N/S</p> <p>§ τρίψηρη θερμομετρηση</p> <p>§ ανακούφιση από εφίδρωση</p>	Πτώση πυρετού στα φυσιολογικά επίπεδα 36,8° C	<p>1. υπερδιέγερση</p> <p><i>Δσθενής β</i></p>	Να είναι ήρεμος και ασφαλής ο ασθενής
Αλλαγή θέσης	<p>- αλλαζα θέση στον ασθενή κάθε 20΄.Ι.-</p> <p>Τοποθέτηση ειδικά αφορέξ για μείωση της πίεσης και της τριβής</p> <p>-Χορήγηση παυσίπονου Ήλεια με σύριγγα 60cc με νερό την διαπερασίτηταν του καθετήρα. Διαπίστωση ότι υπήρχε πρόβλημα και συνέβαδα στην αλλαγή του με τους ιατρούς</p> <p>Ξεκίνησα με αλλαγές των κατακλίσεων- ξέπλυνα αρχικά με φυσιολογικό ορό, τοποθέτησα πιάστα κυτταρίνης και τοποθέτησα υδροενεργό επίθεμα. Έκανα αλλαγές κάθε 2 μέρες. Χειρουργική συμβολή</p>	<p>-Μείωση του πόνου σε ικανοποιητικό βαθμό. Πρόληψη εμφάνισης νέας κατάκλισης</p> <p>Σωστή διόδος της τροφής από τον καθετήρα – επαρκής πρόσληψη τροφής</p>	<p>2. υπογλυκαιμίες</p>	Ρύθμιση σακχάρου στα φυσιολογικά επίπεδα
Θα γίνει έλεγχος ανεμπτόδοισης διαπερατότητας καθετήρα			<p>3. Υπέρταση</p>	Μείωση της πίεσης στο 12,5/80mmHg
-θα προσδιοριστεί το στάδιο του έλκους- θα εφαρμοστεί το κατάλληλο επίθεμα- λήψη όλων των προληπτικών μέτρων		Κατάκλιση καθαρή και με σημαντικό περιορισμό των ορίων της	<p>4. Πόνος- κατάκλιση</p>	Θεραπεία κατάκλισης-

<p>Προγραμματισμός Νοσηλεύτικής Φροντίδας</p> <p>-Μέτρα για την ασφάλεια του ασθενή- Χορήγηση ηρεμιστικού με ιατρική εντολή</p> <p>-θα γίνει μέτρηση του σακχάρου στο αίμα- θα προσαρμωθούν οι μονάδες ινσουλίνης</p> <p>-τακτική μέτρηση πίεσης – σωστή διατροφή –μείωση παραγόντων που συμβάλλουν στην υπέρταση-φαρμακευτική αγωγή</p> <p>Εφαρμογή επιθεμάτων-</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλεύτικής Φροντίδας</p> <p>-τοποθετήσα προστατευτικές μπάρες για την πρόληψη τραυματισμού του ασθενή-δημιούργησα ήσυχο περιβάλλον στον θάλαμο με χαμηλό φωτισμό,δίοδο καθαρού αέρα και μείωση των θορύβων-χορήγηση με ιατρική εντολή ηρεμιστικό .</p> <p>- μετρούσα και κατέγραφα 3 φορές την ημέρα το σάκχαρο- ρυθμίστηκαν οι μονάδες ινσουλίνης-προσαρμόστηκε η διατροφή του ασθενή-δίδασκαλία των συγγενών</p> <p>- μετρούσα και κατέγραφα την πίεση 3 φορές την μέρα –προσαρμόστηκε η αγωγή-άναδος διατροφή-μείωση άγχους με συζήτηση όσο ήταν εφικτό</p> <p>- ξέπλυνα την πληνή με φυσιολογικό ορό-τοποθέτησα αλοιφή κυτταρίνης-εφάρμοσα</p>	<p>Εκτίμηση Αποτελέσματος</p> <p>Ο ασθενής ήταν λιγότερο διεγερτικός και ασφαλής .</p> <p>-Το σάκχαρο του ασθενούς ρυθμίστηκε μεταξύ 90-110 μονάδες</p> <p>-μείωση της πίεσης στο 130/85mmHg</p> <p>-μείωση πόνου γιατί βελτιώθηκαν οι κατακλίσεις-αλλαγές κάθε</p>
---	---	--

<p>Αξιολόγηση Ασθενούς</p> <p><i>Ασθενής 2</i></p> <p>1. ουρολοίμωξη</p>	<p>Αντικειμενικός Σκοπός</p> <p>Ίαση του ασθενή</p>
<p>2. αφυδάτωση</p>	<p>Επαρκής ενυδάτωσης του ασθενή</p>
<p>3. δυσκοιλιότητα</p>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας</p>
<p>4. Κατακλίσεις</p>	<p>Αποκατάσταση των κατακλίσεων</p>

Προγραμματισμός Νοσηλευτικής	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>§ Λήψη δείγματος ούρων</p> <p>§ αλλαγή καθετήρα</p> <p>§ πτύση πυρετού</p> <p>§ Χορήγηση ανωνής</p>	<p>§ έλαβα με δοσηππη τεχνική ούρα για επιβεβαίωση της λοίμωξης</p> <p>§ τακτική και με δοσηππη τεχνική αλλαγή του folley</p> <p>§ χορήγηση αντιπυρετικό και</p> <p>§ αντιβίωση ανά 12ωρο</p>	<p>Εξάλειψη της ουρολοίμωξης</p>
<p>-Χορήγηση ύδατος per os</p> <p>-Ενδοφλέβια Χορήγηση υγρών</p> <p>-Χορήγηση κατάλληλης ανωνής</p> <p>-Εφαρμογή επιθεμάτων</p>	<p>-Χορηγούσα συχνά νερό με σύριγγα- τοποθέτησα ορών Nacl 0,9% ή Ringers ανάλογα με τις οδηγίες των ιατρών</p> <p>-πρότεινα την κατάλληλη διατροφή- χορήγηση αρχικά σιρόπι για την δυσκοιλιότητα κ μετά από 3 μέρες υπόθετο γλυκερίνης</p> <p>- ξέπλυνα τις κατακλίσεις με φυσιολ. Ορό-</p> <p>τοποθέτουσα αυτολυτική αλοιφή και τοποθετούσα υδρονευρό επίθεμα ανά</p>	<p>Μετά την εκτίμηση των επιπέδων K+ και Na διαπιστώθηκε ότι η αφυδάτωση εξάλειφθηκε.</p> <p>Αποκατάσταση εύρυθμης λειτουργίας εντέρου</p> <p>- μετά από 15 ημέρες και ενώ οι κατακλίσεις βελτιωνόντουσαν ορατά έκανα τις αλλαγές κάθε 3 μέρες και με την πάροδο 40 ημερών περίπου οι</p>

Επίλογος-Συμπέρασμα

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα που απασχολεί αλλά και που ταλαιπωρεί τους περισσότερους ασθενείς στη σύγχρονη κοινωνία όπως οι κατακλίσεις, έγινε προσπάθεια να αναδειχθεί και να τονισθεί πόσο σημαντικό είναι να έχει την κατάλληλη προσοχή όσων ασχολούνται με την υγεία και κυρίως των ιατρών και των νοσηλευτών. Προσδιορίστηκαν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συγκεκριμένου προβλήματος, τα μέσα και οι δεξιότητες που απαιτούνται από τους εργαζόμενους στην υγεία ώστε να συμβάλλουν στην πρόληψη των κατακλίσεων και τέλος παρουσιάστηκαν τα μέσα και οι νέες τεχνικές που διαθέτουν οι λειτουργοί υγείας σήμερα για να

είναι ικανοί να συμβάλλουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των ελκών κατάκλισης.

Είναι γεγονός ότι παρόλη την σπουδαιότητα του προβλήματος που λέγεται κατακλίσεις, δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία από όλο το προσωπικό υγείας και σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να ταλαιπωρούνται επιπρόσθετα και πολλές φορές και με κόστος της ίδιας τους της ζωής, αλλά και να αποτελεί ένα επιπρόσθετο οικονομικό βάρος για το σύστημα υγείας και την κοινωνία.

Επιτακτική λοιπόν είναι η ανάγκη για αύξηση του εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού που θα ασχολείται με ασθενείς με κατακλίσεις, αύξηση του χρόνου που διαθέτει ο νοσηλευτής για την φροντίδα ασθενών με κατακλίσεις, μεγαλύτερη προσοχή στην πρόληψη των ελκών κατακλίσεων, ύπαρξη εκπαιδευτικών- επιμορφωτικών προγραμμάτων επιδοτούμενων ή μη τα οποία θα μπορούν να παρακολουθούν όλοι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τις κατακλίσεις των ασθενών, ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με νεώτερα επιτεύγματα στην πρόληψη-θεραπεία ασθενών με κατακλίσεις και σε σύγχρονες γνώσεις στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς αυτούς, κίνητρα και ευαισθητοποίηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την τήρηση των κανόνων που έχουν διδαχθεί κατά την διάρκεια των σπουδών τους, δημιουργία ομάδας που θα εξειδικεύεται και θα ασχολείται αποκλειστικά με την νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με κατακλίσεις, οι νοσηλευτές να παρέχουν περισσότερο χρόνο στην ενημέρωση τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών για όλα όσα πρόκειται να ακολουθήσουν αναφορικά με την αντιμετώπιση των κατακλίσεων αλλά και για τα όσα πρέπει να γίνουν μετά από αυτό το στάδιο και τέλος μέριμνα του αρμόδιου υπουργείου σχετικά με τις νέες μεθόδους πρόληψης και θεραπείας και εισαγωγή τους στα Ελληνικά θεραπευτικά ιδρύματα και κατά συνέπεια την εφαρμογή τους σε αυτά.

Μόνο έτσι η ανθρώπινη αξία λαμβάνει ουσία , μόνο μέσα από αυτόν τον δρόμο το ανθρώπινο στοιχείο μετουσιώνεται σε κάτι το ανώτερο και ξεχωριστό που πραγματώνεται από το ενδιαφέρον του για τον συνάνθρωπο.

Έτσι λοιπόν μιλώντας για ανθρώπινη αξία δεν είναι δυνατόν να μην γίνει αναφορά στον θεμέλιο λίθο της νοσηλευτικής που δεν είναι άλλη από την Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ " την κυρία με την λάμπα" όπως την αποκαλούσαν, και να επισημάνουμε ελάχιστες από τις απόψεις της τόσο για τους ασθενείς και τους λειτουργούς της όσο και την νοσηλευτική επιστήμη.

«Ας κοιτάξουμε τις συνειδήσεις μας όπως κοιτάζουμε τα χέρια μας για να δούμε αν είναι βρώμικα» .

« οι ασθενείς υποφέρουν κάποιες φορές από ένα σωρό άλλα πράγματα εκτός από αυτά που υπάρχουν στο φάκελο ασθενείας τους. Αν ασχολείτο κάποιος μ'αυτά, θα ανακούφιζε ένα μεγάλο μέρος των πόνων τους».

« Η νοσηλευτική είναι τέχνη, μια από τις καλές τέχνες. Θα μπορούσα σχεδόν να πω : η ωραιότερη τέχνη» .

Ας αναλογιστούν λοιπόν όλοι οι λειτουργοί των επιστημών υγείας και ακόμη περισσότερο οι νοσηλευτές την σύγχρονη απήχηση των απόψεων αυτών και ας γίνει η αφετηρία για πραγματική προσφορά στον άνθρωπο και όχι ένα επαγγελματικό καθήκον.

Κεφάλαιο 5. Βιβλιογραφία

- § Πλατή Χ. “ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ” ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΤΕΥΧΟΣ 28, 1989. (10)
- § Ιωάννης Δ. Ιωάννοβιτς, ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1997⁽¹⁾
- § Λακοπούλου Φ., Μπουζικά Μ., Μ., Τσούτσος., Δ. Οικονόμου Α., Γεωργολιού Α., Διαμάντη Σ., Τρανάκα Σ., Παναγιώτου Π., Μπαλτσή Ε., Σιαμάγκα Ε.- “ΑΙΤΙΑ –ΠΡΟΛΗΨΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ”. ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΗΜΕΡΙΔΑΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΜΙΚΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ 2002.⁽⁷⁾
- § Dr Αριστοτέλης Λιάκος, ΕΛΚΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ, (ημερίδα 2005) ⁽¹¹⁾
- § Ronald D.T- ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΣΕ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, (Βασικές αρχές γηριατρικής, μετάφραση Βογιατζάκη Ε.) universe. Studio press Αθήνα, 1990⁽⁹⁾
- § Ινστιτούτο Alzheimer Βόλου “Αγία Σοφία”, ΠΛΗΓΕΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ-ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.^(5,16)
- <http://www.institutoalzheimers.gr/pliges.htm>
- § Θ.Κ.Κόνωνας ¹, Β. Κατεργιανάκης ², Ν.Αλεξανδρόπουλος ³ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ, - 1.Τμήμα πλαστικής χειρ/κης : Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 2. Α΄ προπαιδευτική Χειρ/κη κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 3. Βιοχημικό τμήμα, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα 2005 ⁽³⁾

- § Χατζή Μ₁, Τσάρας Κ₂, Παπαθανασίου Ι₃ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ - 1. Νοσηλεύτρια Π.Ε ΜSc “κλινική νοσηλευτική” , ΜΕΘ ΠΓΝ Λάρισας 2-3. Καθηγητές εφαρμογών, τμήμα νοσηλευτικής. Σ.Ε.Υ.Π Τ.Ε.Ι Λάρισας (6)
- § Γαϊτάνου Κ. Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ,. Εκδόσεις Κέδρος : Παρχαρίδης ,Αθήνα 1999 (17)
- § Φιλντίσης Γ, Βρετού Ι, Λαδάκης Χ , ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ, Πρακτικά 2^ο Σεμιναρίου Εντατικής νοσηλείας –Εργαστήριο Υπερβαρικής Θεραπείας του τμήματος νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα Εκδόσεις Πασχαλίδης (18)
- § Ελληνική Χειρουργική Εταιρία- Επιτροπή εκπαίδευσης , μετεκπαιδευτικά σεμινάρια χειρ/κης , (Συντονιστής : Δ. Τσούτσος ,Εισηγητές: Δ. Τσούτσος , Π. Παναγιώτου, Θ. Οικονόμου, Ουρ. Καστανά Θεώρηση: Θ. Πολυμερόπουλου,) Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ, εκδόσεις Επιτροπή Εκπαίδευσης Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας , Αθήνα 2004 (15)
- § Αγγέλου Ο. Τεκνετζέ Δερματολόγου- Αφροδισιολόγου Αν. Καθηγητή Α.Π.Θ. ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΣ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑ, εκδόσεις “Φ. Λώτας” Θεσσαλονίκη 1995 (20)
- § Δρ. Σ. Ν. Γεωργιαννός, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ – ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ. - The Royal London Hospital, “ RUSSELL HELLAS” , Αθήνα 1993 (19)
- § Δ.Χάψας Πλαστικός χειρουργός, τ. Επιμελητής Α΄ Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών Β΄

**ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ : ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ, Ελληνική χειρ/κη Εταιρία:
Αρθρογραφία: Σεμινάρια , Αθήνα 2007 (2)**

- § **Χαρχαρίδου Μαρία , Νοσηλεύτρια Π.Ε ΜSc Γ.Ν.Α
«Γ.Γεννηματάς» ΠΡΟΛΗΨΗ, ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ, ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.(Ελληνική Εταιρία
Επούλωσης Τραυμάτων και ελκών- 3^ο Νοσηλευτικό συνέδριο
ενόπλων δυνάμεων) <http://www.hswb.gr>, 2007 (4)**
- § **Karen J. Berger, Marilyn Brinkman Williams
FUNDAMENTALS OF NURSING COLLABORATING FOR
OPTIMAL HEALTH'S, Copyright 1999 by Appleton Kolange
2nd edition (8)**
- § **Sue. C. Delaune, Patricia K. Ladner , FUNDAMENTALS OF
NURSING STANDARDS & PRACTICE, copyright 2002 by
Thomson Dermal 3rd edition (13)**
- § **Πριάμη Μ, Λεμονίδου Χ, Μπροκαλάκη Η, Μερκούρης Α,
Πλατή Χ.” Συχνότητα και βαρύτητα κατακλίσεων χρονίως
πασχόντων σε ιδρύματα”.25ο ετήσιο πανελλήνιο νοσηλευτικό
συνέδριο, Ηράκλειο Κρήτης 19-21 Μαΐου 1998 (22)**
- § **Αναστάσιος Μερκούρης, Αικατερίνη Δημητρούλη, Ευτυχία
Γεωργαντά, Αικατερίνη Ουζουνίδου. “Αξιολόγηση των
κατακλίσεων: Επιπολασμός και αναγνώριση των ασθενών σε
υψηλό κίνδυνο”. Νοσηλευτική,Απρίλιος – Ιούνιος 2002 (12)**
- § **Ουρανία Καστανά «Χειρουργική Θεραπεία άτονων ελκών»
Τμήμα πλαστικής και επανορθωτικής χειρουργικής Γ.Ν.Α
“Ευαγγελισμός”. (21)**

**§ Γ. Ελεσνίτσαλης, α. Τσιφούτη, Ε. Κόταλη, Μ. Αποστολίδης, Κ. Ντινούλης, Χ. Χατζηλεωνίδας, Νοσηλευτές Τ.Ε Μ.Ε.Θ
Μ. Κυράνου, νοσηλεύτρια Π.Ε/MSc Γρ. Εκπαίδευσης
Κ. Φεκέτε, επιμελητής β' εντατικολόγος Μ.Ε.Θ
Θ. Ντίτσιας, Λ. Φαρμάκης, ειδικευόμενοι χειρουργοί β' χειρουργικής. "παρουσίαση πρωτοκόλλου πρόληψης και αντιμετώπισης κατακλίσεων" Νοσηλευτικό συνέδριο: επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα Γ.Π.Ν.Θ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Πρακτικά συνεδρίου, Μάιος 2003 ⁽¹⁴⁾**

