

THE ROLE OF THE NURSE IN EDUCATION, CARE AND TREATMENT OF DECUBITUS

Tashka Nikolova

Faculty of Medical Sciences, University “Goce Delchev”, Stip, Macedonia

Gordana Panova

Faculty of Medical Sciences, University “Goce Delchev”, Stip, Macedonia

Abstract: Pressure ulcer is a major health problem. It is a factor for morbidity, mortality and burden of health care in the wider world. The patient despite his primary disease, with Pressure ulcer acquired a secondary disease, which not only disturbs the healing process of the primary disease, but leads to further physical and psychological burden. Because much of pressure ulcers can be avoided, attempts to reduce their prevalence are concentrating more on prevention than on treatment. In order to prevent pressure ulcer, are created programs and protocols from different international organizations. Additionally, in some countries there are national initiatives to reduce the incidence of pressure ulcer. The incidence of pressure ulcer considered as an indicator of quality of care carried out a health facility or a health and performance of implemented protocols to reduce it.

Keywords: decubitus, nurse, treatment and care.

УЛОГАТА НА ПАТРОНАЖНАТА СЕСТРА ВО ЕДУКАЦИЈА, НЕГА И ТРЕТМАН НА ДЕКУБИТУС

Ташка Николова

Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип

Гордана Панова

Факултет за медицински науки, Универзитет „Гоце Делчев“ Штип

Абстракт: Декубитот претставува голем проблем во здравството. Тој е фактор за морбидитет, морталитет и оптеретување на здравството во поширокиот свет. Самиот пациент покрај неговата примарна болест, со декубитот стекнува едно секундарно заболување, кое не само што ги пореметува процесот на заздравување на примарната болест, туку доведува до дополнително физичко и психичко оптеретување.

Бидејќи голем дел од декубитите се избегливи, обидите за намалување на нивната преваленција повеќе се концентрираат на превенција отколку на третман. Со цел да се превенираат декубитите, се создадени програми и протоколи од повеќе меѓународни организации. Дополнително во некои земји постојат национални иницијативи за редукција на инциденцата на декубитите. Инциденцата на декубитите се смета како показател за квалитет на негата која ја врши едно здравство или една здравствена установа, како и за ефикасноста на имплементиратните протоколи за нејзино намалување.

ВОВЕД

Декубитот претставува ограничена исхемична лезија на кожата, која е предизвикана од притисок и настанува кога лежечкиот притисок душекот или лежечката површина го надминува капиларниот перфузионен притисок од 25 mmHg за повеќе од 2 часа.

Основните механизми кои што водат до декубит се: притисок, триење и свлекување.

Ризик фактори

Настанувањето на декубит е мултифакториелно и комплексно. Голем број на надворешни влијанија и индивидуални фактори кај пациентот често доведуваат до непрегледна ситуација во која третманот и негата се концентрираат на самата рана. Иммобилитетот е најзначаен примарен фактор, затоа што е каузално поврзан со времетраењето на дејството на притисок. Кога пациентот во сон за време на 1 час не покажува ниту едно спонтано движење, станува збор за апсолутен иммобилитет. Но и тангенцијалните сили, триењето, неповолната распределба на ткивото, ограничена или пореметена сетилна прецепција, се ризик фактори кои поединечно или во комбинација ја условуваат комплексноста на настанувањето на декубитот.

Примарни ризик фактори

Како примарен, а воедно и најчест, ризик фактор се смета иммобилитетот, кој што може да биде.

- Абсолютен – при несвесност, наркоза, парализа,
- Релативен - при седација, јаки болки, фрактури, невролошки заболувања (мултипла склероза, хемиплегија, хемипареза и сл.), пореметување на сензибилитетот (полиневропатија).

Секундарни ризик фактори – Состојби и заболувања кои негативно влијаат на функцијата и отпорноста на кожата

- Фактори кои што го намалуваат интраваскуларниот притисок.
 - Артетиска хипотензија: Шок (хиповолемски, септичен, кардиоген). Предозирање со антихипертензивни лекови.
 - Дехидратација (диуретици, дијареа).
- Фактори кои го намалуваат транспортот на кислород до клетките.
 - Анемија: Хемоглобин < 9 г/дл.
 - Периферна артериска склероза.
 - Дијабетична микроангиопатија.
 - Хипотонија, брадикардија.
 - Хиповолемски, кардиоген шок.
 - Катехоламинска терапија.
- Фактори кои што доведуваат до недостаток на хранливи материи
 - Потхранетост: недостаток на белковини, витамини, минерали, елементи во трагови.
 - Кахексија: имобилитет поради мускулна слабост или катаболизам.
 - Лимфопенија при потхранетост: намален имунитет, пореметувања при заздравување на рани.
- Фактори кои ја ослабуваат отпорноста на кожата
 - Стара кожа: тенка, атрофична со помалку еластично ткиво.
 - Заболувања/промени на кожата: егземи, микози, атрофија на кожата поради терапија со стерпиди
 - Сува испукана кожа: Ја олеснува појавата на инфекции на кожата со бактерии и габи.
 - Инконтиненција: Влажност, агресивните и инфективните супстанции доведуваат до иритација и мацерација на кожата.

Ризици условени од операцијата

- Долготрајно делување на притисок (тврди оперативни столови).
- Абсолютен имобилитет.
- Губиток на тонус поради наркоза/релаксанти.
- Хипотермија.
- Хиповолемија.
- Катехоламинска терапија.
- Изгореници.

Постоечки декубит е ризик фактор за појава на нови декубити.

Преку една декубитална рана, пациентот со ексудатот постојано губи протеини и течност. Губитокот е толкав што тешко може да се компензира со нормален внес на храна. Ова ја забрзува појавата на кахексија, односно ја засилува постоечката. Од аспект на потрошувачката на протеини, некои автори ги споредуваат високостепените декубити со туморна болест. Пациентот влегува во катаболна состојба со која се намалува протеинската синтеза која и е потребна за заздравување на раната. Нормално зацелување на раната под вакви услови не е возможна. Кај кахектичен пациент повеќе се испакнуваат коскените структури, а тоа го зголемува лежечкиот притисок врз кожата над коските.

Дополнителен проблем и резултат на катаболизмот е губиток на мускулна маса. Дури и кратка мобилизација од неколку дена доведува до недостаток на протеини и со тоа мускулна атрофија до 500 гр на ден. Клинички се јавуваат општа слабост, намалување на конгинитивните способности и неспособност за стоење и одење што доведува до комплетен имобилитет.

Декубитусот се развива во четири стадиуми. Во првиот стадиум по долгиот притисок се јавува црвенило кое е последица на венска хипермерија. Притоа ова црвенило не се губи на допир. Ова е алармантен знак за да се превземат превентивни мерки кои ќе спречат да дојде до прогресија на состојбата.

Во вториот стадиум е зафатена само кожата и таа почнува да станува влажна, лигава, и да се лупи – место кое што ќе биде влез за микроорганизми каде што подоцна може да дојде до инфекција.

Во третиот стадиум веќе раната е длабока и во неа се наоѓаат некротични елементи, зафатени се кожата и подкожното ткиво, и делови од мускулната фасција, а поради веќе настанатата инфекција од раната може да се цеди гној.

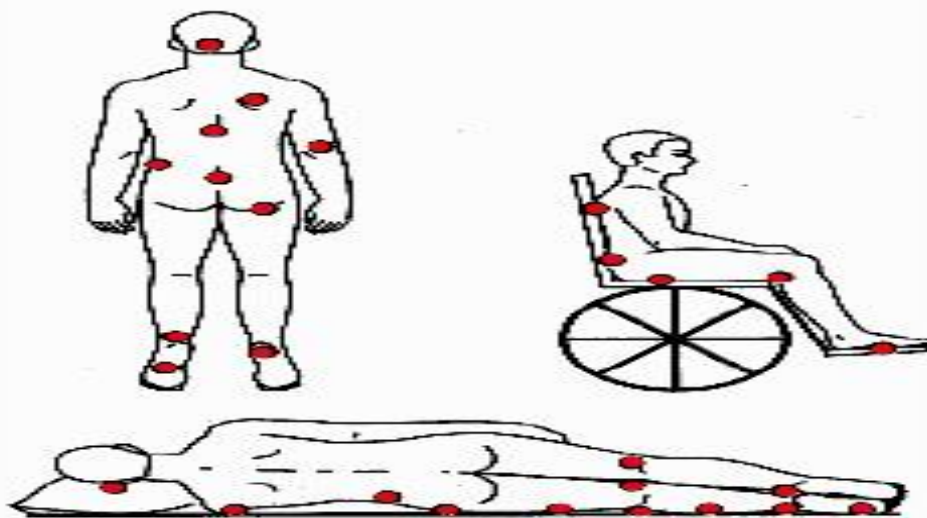
Во четвртиот стадиум раната веќе е проширена до коската. Овој стадиум е проследен со јаки болки, висока температура и несоница.



Слика бр. 1 Прогресија на декубитот

Предилекциски места за појава на декубитот

Местата на кои коската е испакната, поблизу до кожата (коскени издигнувања) се деловите кои што се најмногу изложени на лежечкиот притисок. Класичните локализации на декубитите се наоѓаат на сакралната коска, трохантерот, седалната коска, страничниот скочен зглоб и стапалото, во зависност од тоа која положба ја завзема пациентот.



Слика бр.2 Локализација на декубитот

ПРЕВЕНЦИЈА НА ДЕКУБИТОТ

Ризикот пациентот да развива декубит, системски се одредува клиничка евалуација на состојбата на кожата, степенот на мобилноста и специфичните ризик фактори. Проценката ја спроведува медицинската сестра со соодветен степен на едукација, знаење и искуство. Пациентот се евалуира при првата посета во неговиот дом или во болница и потоа:

- На одделите за општа и полиинтензивна нега на два дена во домашни услови.
- На одделите за интензивна нега поради динамичните промени во здравствената состојба, секој ден.
- При секоја промена на клиничката состојба.

Се врши инспекција на кожата на цело тело со посебно внимание на кожните регии над конвексните коски и ареалите кои подложат на притисок од медицински дивајси (гипс, катетри, кабли и сл). Доколку се забележува црвенило, потребно е да се провери дали тоа исчезнува со стискање со прст или дали се работи за декубит од 1 степен. Кај имобилен пациент дејството на механичките сили, потребно е да се евалуираат во сите положби, при кревање, вртење, поместување, кои што ги врши самиот пациент или пациентот со помош на персоналот. Да се процени дали пациентот може да седи исправен во стол, бидејќи тенгенцијалните сили најмногу делуваат кога пациентот се лизга од седечка или полуседечка положба надолу. И спонтаните движења на пациентот можат да доведат до повреди од триење, особено на петите и лактите. .

Третманот на декубитот, може да биде конзервативен или хирушки. Во секој случај тоа е тешко и долгорочно и за истото од исклучителна важност е тимскиот пристап на здравствениот персонал. Потребни се лекари од различни специјалности и тоа хирурзи, дерматолози, интернисти, физијатри, а потребен е и постојан ангажман од останатите здравствени работници, односно од медицинските сестри. Во лекувањето на декубитните рани се корисни купки и вежби поради подобрувањето на циркулацијата на крвта. Исхраната мора да биде високо калорична и богата со витамини. На анемичните, хипопротеинемичните и слабите пациенти, повремено им се дава трансфузија.

Цел

Да се претстави состојбата на декубитот во Македонија. Да се согледа најчестата појава, локализација и степен на декубитот.

МАТЕРИЈАЛИ И МЕТОДИ

Користење на стручна литература. Употреба на податоци од Заводот за Статистика на Р. Македонија

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Со цел да се претстави состојбата на декубитот во Македонија, е прикажано едно истражување направено на ниво на државата, во кое што се опфатени 25 пациенти, кои што имаат добиено декубит. Притоа 17 од пациентите се со мозочен удар и параплегија, 2 од 25 пациенти се коматозни пациенти, 4 се со состојба после операција, и 2 пациент кој што има преживено изгореници. Целокупната состојба за декубитот кај овие пациенти ќе ја прикажеме и согледаме во следната табела.

Табела бр.1 Процентуална застапеност на декубитот во Македонија

Локализација на декубитот		Причина за декубитот		Степен на декубитот		Димензија на декубитот	
Сакрална регија	13 52.2%	Мозочен удар со параплегија	17 69.6%	Трет степен	14 60.9%	>10cm ²	5 17.4%

Трохантерна регија	5 21.7%	Коматозни пациенти	2 8.7%			5-10cm²	10 43.5%
Ишиална регија	4 17.4%	Пациенти по операција	4 17.4%	Четврт степен	9 39.1%	5cm²	9 39.1%
Петги	3 8.7%	Пациент со изгореници	2 3.4%				

Табела бр.1 Процентуална застапеност на декубитот во Македонија

Од табелата можеме да ја согледаме состојбата на декубитите во Македонија. Притоа, податоците од самата табела говорат дека најчестата локализација на декубитот е на сакралната регија, додека на петите е најретка. Во поглед на причината за настанување на декубитот јасно се гледа дека повеќето од половина пациенти се со мозечен удар проследен со параплегија, а најретко се јавува кај оние со изгореници. Најчести се декубитите од трет и од четврт степен, а во однос на големината, можеме да забележиме дека најчесто големината на декубитите изнесува од 5-10 cm², а најмала процентална застапеност имаат оние декубити помали од 10 cm².

ЗАКЛУЧОК

Од она што претходно го напоменавме можеме да согледаме и да дојдеме до заклучок дека: Декубитот претставува локализирана исхемична некроза, која што настанува како резултат на намелена капиларна перфизација на ткивото, како резултат на долготрајно делување на притисок. Етиологијата на декубитот е мултифакториелна и комплексна. Развојот на декубитот е во 4 фази и тој може да биде во четири различни степени. Најдобриот третман, всушност е превенцијата, која што опфаќа правилна евалуација на целокупната состојба на пациентот, постаување во правилна положба. Улогата на патронажната сестра е многу важна во превенција, нега и третман на декубитусот во домашни услови. Медицинските сестри многу често применуваат мерки и методи за превенција од појава на декубитус.

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- [1] Нега на болен - Доц. Др Гордана Панова ФМН-УГД 2010
- [2] Bors E., Commar AE. (1949): Ischial decubitus ulcer surgery. 24: 680.
- [3] Thiyagarian C., Silver JR. (1984): Etiology of pressure sores in patients with spinal cord injury. Br. Med. J.; Vol. 289: 1487-88.
- [4] Revis DR., Jr. (2005): Decubitus Ulcers. Available from www.medscape.com, last updated: October 25, 2005.
- [5] Clark M. (2003): Nutritional Guidelines for Pressure Ulcer Prevention and Treatment. European pressure ulcer advisory panel.
- [6] Wilhelmi J. Bradon, Weiner L., Neumeister M. et al. (2006): Pressure Ulcers, Surgical Treatment and Principles; Available from www.medscape.com, last updated June 28, 2006.
- [7] Gutman L. (1961): The problem of treatment of pressure sores in spinal paraplegies. Plast. Recons. Surg.; 24: 237.
- [8] Pressure Ulcer Treatment Guidelines (1998): European Pressure Ulcer Advisory Panel, Available from www.epuap.org.