

Een stap vooruit in de wondverzorging

Auteur:	Anonimus
Vertaald/bijgewerkt:	
Nieuwsbrief:	1999
Pagina:	35-37
Jaargang:	9
Nummer:	2
Toestemming:	
Illustraties:	
Bijzonderheden:	
Kernwoorden:	protocollen wondbehandeling
Literatuur:	

Op dinsdag 9 maart jl. vond ter introductie van het wondprotocol in Ziekenhuis Leyenburg een symposium plaats getiteld: "Een stap vooruit in de wondverzorging". De aanleiding tot het ontwikkelen van het protocol is dat er veel onduidelijkheid en diversiteit bestaat over de wondbehandeling. Bovendien kunnen door rationalisatie en uniformering in wondbehandeling zowel de kwaliteit van de behandeling als het kostenaspect positief beïnvloed worden. Het wondprotocol werd ontwikkeld en geschreven door het wondteam, medewerkers van de Resultaat Verantwoordelijk Eenheid (RVE) Heelkunde en Plastische chirurgie als ook de afdelingen Hygiëne en Diëtetiek.

Het wondteam realiseerde zich tijdens de ontwikkeling van het protocol dat juist ook extramuraal veel behoefte bestaat in kennis en kunde aangaande de wondverzorging. Een van de redenen is het feit dat veel patiënten met onvolledig genezen wonden naar huis, verpleeghuis of revalidatiecentrum worden ontslagen.

Het protocol is niet alleen voor de klinische zorgverleners zinvol, maar ook voor huisartsen, verpleeghuisartsen en verpleegkundigen enz. Veel zorgverleners, ook van buiten het ziekenhuis, bezochten het symposium, waarbij enthousiaste inleidingen werden gehouden door verschillende sprekers en tenslotte een geanimeerde forumdiscussie plaatsvond.

Samenvatting van de voordrachten

Het wondclassificatiemodel van de Woundcare Consultant Society (W.C.S.) werd besproken door mevrouw M.J. Prins-Hoekveen, wondconsulent van ons ziekenhuis. Dit model deelt wonden in drie typen: de zwarte, gele en rode wonden. Deze verdeling is bepaald door de mate van necrose (zwart), ontsteking (geel) en granulatie (rood) van de wond. Met deze drie typen zijn de diagnose en behandeling in principe vastgelegd.

De necrose van de zwarte wond dient verwijderd te worden, in het algemeen op chirurgische wijze met pincet en schaar.

Een gele wond is vaak ontstoken en geïnfecteerd, wordt behandeld met sterk absorberende, maar niet uitdrogende verbanden. Deze verbanden bestaan uit bijvoorbeeld colloïde vochtabsorberende polysacchariden (suikers), alginaten (polysacchariden uit zeewier) en hydrofibers met een lokaal sterk reinigende werking. Bovendien zijn deze fibers zeer

comfortabel. Zij reduceren sterk de pijn van de wond.

De rode wond is een zogenaamde granulerende wond. De bodem van de granulerende wond is bedekt met jong zeer vaatrijk bindweefsel. Dit granulatieweefsel kan een defect gedeeltelijk of geheel opvullen en ook, op een wat later moment in de wondgenezing door contractie in het jonge litteken, de wond sneller doen sluiten. Juist dit granulatieweefsel moet primair worden beschermd door een relatief vochtig verband zoals de met paraffine of silicone geïmpregneerde tule verbanden. Het granulaat kan spontaan bedekt worden door epitheelingroei vanuit de randen of het wordt chirurgisch bedekt met vrij huidtransplantaat (SSG = split skin graft). Dit laatste vooral bij grote granulerende wonden. Het W.C.S. classificatiemodel vormt een zeer praktische basis om de chronische wond goed te "lezen" en een rationele behandeling in te stellen.

De biologie van de wondgenezing, de verschillende oorzaken van chronische wonden en de behandeling ervan werden belicht door dr. B. Knippenberg. Het valt op dat de zorgverleners en vooral ook de industrie veel belangstelling hebben voor wondbehandeling. De ontwikkeling van een veelheid aan nieuwe verbanden binnen het zogenaamde 'vochtige wondbehandelingsprincipe' leidt tot snelle en goede resultaten. Kritisch moet worden gekeken naar de effecten van deze verbanden in relatie tot de kosten.

Veelal wordt het comfort en de pijnbeleving van de patiënt sterk positief beïnvloed en treedt, doordat zo'n verband langer op de wond kan blijven, een afname op van het aantal verpleegkundige handelingen. Ziekenhuis Leyenburg besteedt 0,3% (= 0,8 miljoen gulden) van het jaarbudget aan verbandartikelen. Het is belangrijk het effect van deze nieuwe middelen kritisch te beschouwen en ook de kostenontwikkeling nauwlettend in de gaten te houden.

Een agressieve chirurgische behandeling is noodzakelijk van wonden met necrose en ontsteking, waarbij dergelijke wonden zeer uitgebreid dienen te worden ontdaan van necrose om de extremiteiten (bijvoorbeeld een voet) nog te redden. Het necroseweefsel fungeert als infectiebron en moet worden verwijderd; dit naast een intensieve antibiotische behandeling. Zo mogelijk dient een circulatieverbeterende ingreep (revascularisatie) te worden uitgevoerd met behulp van een overbruggingsplastiek (bypass) of een endovasculaire procedure (PTA = percutane transcutane angioplastiek) met een ballonkatheter om tot genezing en behoud van de extremiteit te komen.

Veneuze ulcera komt frequent voor bij chronische wonden (+ 70%). Veneuze hypertensie dient primair behandeld te worden door verwijdering van insufficiënte venen en kleppen of compressietherapie met het zwachtelen van de benen en een vochtig wondmilieu voor wat betreft de ulcera.

Over het effect van lokale antibiotische middelen bij chronische wondbehandeling is weinig wetenschappelijk bewijs voorhanden. Vaak zijn de negatieve effecten beschreven, zoals allergie en remmingen van de wondgenezing. Ook het gebruik van bekende huismiddelen zoals Badedas en Biotex berust op 'nonsens based evidence'. Biotex werkt bijvoorbeeld bij een hogere temperatuur dan de oppervlaktetemperatuur van het lichaam en niet in een koud kort badje. Biotex hoort in de wasmiddelenbranche thuis en niet op het lichaam.

De heer M.W.F. van Leen, verpleeghuisarts in verpleegtehuis 'De Naalhorst' gaf een kritische beschouwing over de preventie en behandeling van decubitus. Hierbij viel op dat vooral de interesse en het 'actief herkennen' van dreigende decubitus belangrijke voorwaarden zijn om tot de goedkoopste behandeling, namelijk de preventie van decubitus te komen. Met een zeer actief verpleegkundig- en wondbehandelingsbeleid toonde hij aan, dat ook vaak diepe vormen van decubitus toch tot genezing kunnen komen.

Genezing is echter afhankelijk van een aantal basale voorwaarden zoals: voldoende vochttoediening aan de patiënt; verbetering van de voedingstoestand; activatie van de patiënt; juiste keuze van verpleegmateriaal (matrassen en kussens). Centraal staat het herkennen van de situatie waarin decubitus dreigt.

De derde spreker, de heer A.R. Koch, plastisch chirurg, gaf een zeer beeldend overzicht van de sluiting van grote defecten ten gevolge van trauma's en decubitus op verschillende delen van het lichaam. De principes van huidtransplantatie en gesteelde huid- of spierlappen werden uitgelegd, evenals het bedekken van grote defecten in het gelaat, op de handen, de benen en de stuit. De heer Koch maakte duidelijk dat sluiting van defecten essentieel is voor het gewenste functieherstel en dat derhalve vaak grote operaties noodzakelijk zijn om tot genezing te komen.

Bij patiënten met ernstige atherosclerose en vaak na vele vaatoperaties is het frequent onontkoombaar een amputatie uit te voeren (+ 2500 per jaar in Nederland). Ook deze ogenschijnlijk basaal chirurgische ingreep kent toch vele complicaties.

Dr. J.C. Sier, vaatchirurg, gaf een overzicht van amputaties en stompproblematiek. Een veelheid van factoren kan aanleiding geven tot een niet functionele stomp; dat wil zeggen een niet met een prothese belastbare stomp, waarmee patiënt niet goed kan steunen en lopen. Wondstoornissen ontstaan onder ander door chronische ontsteking, onvoldoende circulatie en diabetes. Ook technische aspecten zoals het niet op de juiste wijze doorzagen van het bot bij amputatie, waardoor de stomp te lang of te kort is, leidt tot stompproblematiek. Het gevolg hiervan is een uitgestelde revalidatie of een niet meer te revalideren patiënt.

De heer Sier is als consulent verbonden aan het revalidatiecentrum 'Sophia' en ziet vrijwel alle patiënten met een stompprobleem uit de regio die daar zijn opgenomen. Zeer frequent worden patiënten met een stompcorrecties kortdurend in Ziekenhuis Leyenburg opgenomen om met een verbeterde liefst belastbare stomp zo snel mogelijk te kunnen revalideren.

Als fraai voorbeeld van een goede stomp toonde hij een video van een jonge vrouw met een onderbeensamputatie die na revalidatie met een goed passende prothese de disco weer bezocht en een normaal leven kon leiden.

Samenvattend

Zo vond een enthousiaste introductie plaats van het wondprotocol in Ziekenhuis Leyenburg, waarbij elke deelnemer aan het symposium het wondprotocol meekreeg en zo de Leyenburgmethode buiten het ziekenhuis ruim onder de aandacht werd gebracht. Een goede promotie derhalve. Nieuwe ontwikkelingen en veranderingen in de behandeling kunnen door het gebruik van een losbladig systeem eenvoudig worden ingevoegd in het wondprotocol.

Het Leyenburgse wondteam bestaat uit:

E.C. van Heerden-van Krieken, diëtist

J.W. Hordijk-Klein Hesseling, verpleegkundige

B. Knippenberg, chirurg

Th.A. Laarman-Trumpie, hygiënist

C.W. Lijnse, verpleegkundige

W.J. van der Made, arts assistent heelkunde

M.J. Prins-Hoekveen, stomaverpleegkundige/wondconsulent
N.B. de Voogd, verpleegkundige
J.R. de Vries, verpleegkundige