

Introductie decubitus protocol voor preventie en behandeling

Op 23 en 24 oktober 1991 werd te Amsterdam het protocol preventie en behandeling van decubitus geïntroduceerd door het Amsterdams Kruiswerk. Hier volgen enkele lezingen die gedurende deze dagen werden gepresenteerd:

Is decubitus-preventie hetzelfde als inbraakpreventie?

– De huisarts als politieagent –

A.R. de Hoog, huisarts

Begrip Decubitus:

Decubitus (het doorliggen) van diverse woorden:
Decumbere - (Het verleden deelwoord (?): Decubitum) (Gaan liggen, ziek worden, ziekzijn, neerstorten).
De-(Neer) en een vorm van Cubare-(Liggen).
Cubitus-(Elleboog)

Definitie Decubitus:

Onder decubitus wordt in het algemeen verstaan een gebied van necrose en ulceratie van de huid, vaak met uitbreiding in de onderhuidse weefsels, als gevolg van druk op of druk van het lichaam op een onderlaag. Aanvulling: Ook als er (nog) geen necrose of ulceraties zijn kan er over decubitus worden gesproken.

Hoe lang is decubitus al bekend:

Wells (1967):

Egyptische mummie van een oude vrouw met decubitusulcus, bedekt door de huid van een gazelle.

Hypocrates (460-377 v. Chr.):
Necrotische plekken aan de hiel door houding tijdens het liggen.

Hildanus (1593):
Eerste medische beschrijving van decubitus.

Wohleben (1777):
Voor het eerst de term decubitus.

Meningen over het ontstaan:

Charcot (1877):

Zag bij dwarslaesiepatiënten decubitus als een natuurlijke complicatie bij een neurologische ziekte.

Van Ernst (1954) & Guttman (1955):

Vrijwel elke decubitus is te genezen. (?) (Hetgeen niet geheel juist is).

Prevalentie van decubitus. (Epitheel defect zichtbaar):

Onderzoek is vooral intramuraal: geschat wordt op 3-10% van de bedlegerige patiënten. Ongeveer 65/100.000 inwoners, hetgeen aan kosten genereert een bedrag van ongeveer f 300 miljoen in Nederland.

De eerste behandeling van decubitus begint met het voorkomen dat het zich ontwikkelt: Decubitus-preventie.

Oorzaak decubitus:

Extrinsieke factoren:

- * Druk
- * Trauma
- * SCHuifkrachten
- * Vochtigheid

* Temperatuur

Intrinsieke factoren:

- * Lichaamsgewicht
- * Leeftijd
- * Neurologische ziekten en mobiliteitsstoornissen
- * Bacteriëmie
- * Stofwisselingsstoornissen
- * Bloed- en circulatiestoornissen
- * Voedingsdeficiënties
- * Medicatie
- * Psychische factoren

Extrinsieke factoren:

* **Druk: Afsluiting van aanvoer van zuurstof en voeding geeft celdood.**

Normale arteriële capillaire druk	32 mm Hg
Normale midcapillaire druk	20 mm Hg
Normale veneuze capillaire druk	12 mm Hg
Druk tijdens hyperaemie	tot 60 mm Hg
Druk door gemiddeld ziekenhuis-bed	100 mm Hg

* **Trauma:**

Scheuren van bloedvaatjes kan tijdens drukvrije perioden genezen. Druk op de cel alleen kan decubitus niet verklaren: Kosiak (1961): Geïsoleerde cellen kunnen zeer hoge hydrostatische druk tot 17.000 kg/cm² weerstaan.

* **Druk en Trauma geeft:**

1. Oppervlakkige vorm van decubitus:
 - Rek aan bindweefsel en kleine bloedvaatjes.
 - Occlusie van kleine bloedvaatjes in oppervlakkige weefsels.
 - Mogelijke verscheuring van kleine bloedvaatjes.
 - Verplaatsing van vocht en vetbolletjes door trauma ontstaan.
2. Diepe vorm van decubitus
 - Huid is beter in staat om

langere perioden van ischaemie
teweerstaan dan dieper gelegen
weefsel.

- Door ulcusvocht: meer vastplakken onderlaag met vorming diep ulcus onder oppervlakkige ulcus.
- Chemische irritatie van de oppervlakkige wond kan verdieping geven. Wegnemen van druk kan een verbetering van de doorbloeding met hyperaemie geven, waardoor oedeemvorming door afvoelbelemmering.

* **Schuifkrachten:**

Schuifkrachten zijn krachten die niet loodrecht, doch die hun werking evenwijdig aan de huidoppervlakte uitoefenen.

Oorzaak schuifkrachten:

- Niet gladde ondergrond
- Schuin bed
- Teveel inzakkend matras
- Onrust patiënt

Invloed wordt versterkt door vermageren. Patiënt klaagt over "Laken-brand".

* **Vochtigheid:**

De vochtigheid op contactplaatsen met de onderlaag is erg hoog, omdat het transpiratievocht door een normale onderlaag slecht kan worden afgevoerd. Bij een relatieve vochtigheid van 50% en een omgevingstemperatuur van 24 graden Celcius verliest het lichaam ongeveer 240 ml water per m² lichaamsoppervlakte per 24 uur.

Dit komt overeen met ongeveer 400 ml per gemiddeld lichaamsoppervlak van 1,7 m². Tijdens koorts soms 1 liter per dag.

Vochtigheid door urine:

- Geeft meer wrijving, dus grotere schuifkrachten.
- Bacteriegroei en bacterieproducten en Candida albicans.
- Decubitus bij incontinentie bedlegerige patiënt: 60%.
- Decubitus bij niet-incontinentie bedlegerige patiënt: 13%.

* **Temperatuur:**

- Staat meer in verband met vochtigheid.
- Hogere temperatuur geeft meer transpiratie.
- Hogere temperatuur geeft meer stofwisseling ter plaatse, waarbij een slechte zuurstofaanvoer decubitus kan bevorderen.

Intrinsieke factoren:

* **Lichaamsgewicht:**

te mager: gebrek aan subcutaan weefsel.

te dik: drukkracht per cm² neemt toe.

gespierd: bescherming tegen benige uitsteeksels.

* **Leeftijd:**

Hogere leeftijd meer kans op decubitus: Incidentie decubitus groter bij ouderen. Stijfheid van collageen in de dermis. Vasculariteit en talgvorming neemt af.

Neurologische ziekten & Mobiliteitsstoornissen:

- * Tot 1950 werd decubitus bij dwarslaesiepatiënten aangenomen als natuurlijk en onbehandelbaar.
- * Decubitus-vormingskans evenredig met immobiliteit.

* **Bacteriëmie:**

Door druk ontstane veranderingen in spierweefsel worden door bacteriëmie versterkt.

Uit niet-aangedane spieren worden geen bacteriën gekweekt.

* Bij dreigende decubitus: Toch al vaak bacteriëmie door urineweginfecties.

* **Stofwisselingsstoornissen & Bloed- en circulatiestoornissen:**

Alle ziekten waarbij de stofwisseling in de weefsels nadelig beïnvloed wordt, vergroten de kans op decubitus.

- * Diabetes mellitus
- * Anaemie & Atherosclerose
- * Koma

* **Voedingsdeficiënties:**

- * Gewichtsverlies
- * Verhoogde energie behoefte
- * Minder eten
- * Vochtbalans (inname, grootte wond).

Denk om inname en uitscheiding van:

- * Eiwitten (Albumen)
- * Vitaminen (Vitamine C)
- * Mineralen & Spore-elementen

* **Medicatie:**

Vooraf de medicatie die de immobiliteit bevordert en weefselphysiologie negatief beïnvloedt.

- * Psychofarmaca (Barbituraten)
- * Bloeddrukverlagende (Betablokkers)
- * Corticosteroiden
- * Antibiotica
- * Anticoagulantie

* **Psychische factoren:**

Indirect effect op decubitusvorming:

- * Verwardheid
- * Sufheid
- * Koma

* **Denk aan DAK & KELDER:**

- * Diabetes Mellitus
- * Anaemie
- * Koma
- * Knellende verbanden
- * Effenheid van de onderlaag
- * Lage mobiliteit
- * Drugs intoxicatie
- * Enuresis (incontinentie)
- * Recente Incidenties van Neurologische aard

* Denk eraan dat decubitus-preventie en -behandeling niet alleen een zaak van verpleegkundigen is, maar ook van de medicus.

* Taak huisarts bij Decubitus Preventie:

1. Beïnvloedende factoren vaststellen.
2. Voedings- en vochttoestand mee helpen inschatten.
3. Oorzaken bepalen van decubitus.
4. Mede inspectie van de (dreigende) decubitusplekken.
5. Risico-score mede vaststellen.
6. ITZ-indicatie bepalen.
7. Meehelpen aan goede registratie.
8. Fysiotherapeut inschakelen.

* Taak huisarts bij Decubitus Behandeling:

1. Risico-score mede vaststellen.
2. Stadium van decubitus mede bepalen.
3. Stadium III B: (Oppervlakkige decubitus met necrose)
Stadium IV B: (Diepe decubitus met necrose)
Zo nodig: Necrotomie
Enzymatische verwijdering (b.v. Elase).
4. Bij specifieke wondbodern: eventueel kweken.
5. Eventueel overleg met bacterioloog en chirurg.
6. Bij grote langdurige wonden: eventueel plastisch chirurg.

* Wat te doen als huisarts bij geïnfecteerde wonden?

Alleen bij koorts, die waarschijnlijk veroorzaakt wordt door de decubituswondinfectie: een breed spectrum anti-bioticum geven. Augmentin is waarschijnlijk het beste omdat het door het Clavilaanzuur ook de vaak voorkomende Bacteroides aanpakt. De bacteroides wordt vaak niet gekweekt uit de decubitus maar wel uit het bloed bij sepsis.

* Vanwege de bezwaren van microbiële resistentievorming en het risico van contactallergieën is er mede gezien de ruime keus van desinfectantia, niet of nauwelijks plaats voor lokale antibiotica of

chemotherapeutica bij de behandeling van decubitus. (Consensus Behandeling Decubitus (1986)).

* Micro-organismen uit decubitus ulcera:

- * Meestal meer dan één bacterie per decubitusweek.
- * Hoe dieper de decubituswond hoe meer anaëroben.
- * In de kliniek: Uit bloedkweek 58-85% Bacteroides. Uit decubitus 26% Bacteroides.
- * Necrose en pus zo snel mogelijk chirurgisch verwijderen.

* Complicaties van decubitus:

- * Sepsis
- * Osteomyelitis
- * Osteitis (Coxitis)
- * Meningomyelitis (Wervelkolom)
- * Bursitis
- * Amyloidosis
- * Carcinogeen vorming ulcus/littekens
- * Toxaemie

Voorkom decubitus & decubituscomplicaties!

Geraadpleegd:

Dr. T Keuzenkamp
De conservatieve behandeling van decubitus.
Bohn, Scheltema & Holkema:
Utrecht/Antwerpen, 1982

Landelijke Decubitus Werkgroep
Decubitus - Lopend onderzoek in Nederland 1989
Uitgave WVC-EMGO/VU: Rijswijk, juli 1989

Consensus Preventie van Decubitus
Consensus-bijeenkomst 1 februari 1985 Utrecht
Uitgave CBO, april 1985

Consensus Behandeling Decubitus
Consensus-bijeenkomst 21 november 1986 Utrecht
Uitgave CBO, mei 1987

Dr. C. Walig, bacterioloog Westfries Gasthuis Hoorn voor bacteriologische adviezen.

De belangrijke rol van de voeding bij decubitus

M. Looijaard, diëtist Stichting Amsterdams Kruiswerk

Voeding is belangrijk bij de preventie en bij de behandeling van decubitus. Waarom? Voeding, eten en drinken, staat in verband met de voedingstoestand van het lichaam. Een goede voedingstoestand is een voorwaarde als we praten over preventie en behandeling van decubitus.

Voedingstoestand

Bij een goede voedingstoestand kan het lichaam op elk tijdstip én in voldoende mate beschikken over alle stoffen die voor het lichaam noodzakelijk zijn. Dit is het geval als er een balans bestaat tussen inname van energie, vocht en voedingsstoffen én het verbruik daarvan. Door allerlei oorzaken kan de balans tussen inname en verbruik (behoefte) uit evenwicht raken. Het lichaam beschikt weliswaar over allerlei reserves die meer of minder snel uitgeput raken. De voorraad van verschillende vitaminen en mineralen varieert een paar dagen tot een paar maanden, slechts een enkeling tot een jaar. De energievoorraad is afhankelijk van de hoeveelheid vetweefsel. Wanneer een patiënt eigen vetweefsel gaat gebruiken voor energievoorziening betekent dit dat de balans tussen inname en behoefte verstoord is. Vanaf dat moment loopt de voedingstoestand gevaar en daarmee de gezondheid.

Verstoorde balans tussen inname en behoefte

Voor een goed functioneren heeft het lichaam dagelijks behoefte aan energie oftewel calorieën. De energie die een lichaam in rust