

(Indien bij vraag 1 in het vorige nummer de suggestie is gewekt dat op desbetreffende afdeling regelmatig veneuze lijnen sneuvelen dan betreurt de redactie dit ten zeerste. De betrokken medewerkers van deze afdeling stellen er prijs op te vermelden dat dit slechts incidenteel het geval is.)

Vraag

De enkele keer dat zich dit bij ons op de afdeling voordoet levert het altijd grote problemen op. Hoe en waar bevestig ik de E.C.G. plakkers bij een patiënt die brandwonden heeft op het bovenlichaam? De plakkers zijn niet meer te plakken op de daarvoor geëigende plaatsen. Het is niet alleen pijnlijk maar vaak ook onmogelijk.

Misschien dat iemand van een van de brandwonden-centra een antwoord kan geven op de volgende vraag.

1. Waar en hoe bevestig ik de E.C.G. plakkers bij een patiënt met brandwonden op het bovenlichaam?
2. Bestaat er een andere manier om toch tot een goede registratie van het E.C.G. te komen? Wat voor materialen heb ik hier voor nodig en hoe pak ik dit aan?

M. van Dinther
Groningen

Antwoord

Hoe kom ik tot een adequate E.C.G. bewaking op een Intensive Care Unit bij een patiënt met brandwonden aan het bovenlichaam?

Totaal verbrand lichaamsoppervlak > 10 % en < 25 %

Volgens 'De regel van negen' is er bij de een volledige verbranding van thorax en abdomen aan voor en achterzijde sprake van een Totaal Verbrand Lichaams Oppervlak (T.V.L.O.) van 36 %. Indien de T.V.O.L. zich tussen de 10 en 25 % bevindt is er een indicatie voor klinische behandeling in een algemeen ziekenhuis, tenzij er sprake is van >10 % T.V.L.O. 3^{de} graads brandwonden. Dan is er een opname indicatie voor een Brandwondencentrum, maar hier kom ik nog op terug.

Terugkijkend naar de hierboven staande cijfers, betekend dat er bij opname op een I.C.U. in een algemeen ziekenhuis van een brandwondenpatiënt sprake is van

een thorax/abdomen verbranding van niet meer dan 25 % T.V.L.O.. Dit houdt dus in dat de E.C.G.-plakkers bevestigd kunnen worden op schouders, flanken, heupen, e.d.. In ieder geval op een plek die vrij is van brandwonden. Het is dan even zoeken naar de beste afleiding op uw scoop.

Totaal verbrand lichaamsoppervlak > 25 %

Indien er op de thorax/abdomen geen ruimte meer is voor het aanbrengen van E.C.G.-plakkers, is er sprake van een T.V.L.O. van > 25 %. Verwijzing naar een brandwondencentrum komt in de praktijk neer op de volgende criteria:

1. T.V.L.O. > 25 % of een T.V.L.O. > 10 % 3^{de} graads brandwonden;
2. Diepe brandwonden bij patiënten jonger dan 5 jaar of ouder dan 60 jaar;
3. Hoog voltage electriciteitsverbranding;
4. Chemische verbrandingen;
5. Preëxisterende afwijkingen die de complicatiekans vergroten;
6. Bijkomende letsels, zoals inhalatietrauma e.d..

Gezien de know-how en vooral de bouwkundige faciliteiten is het dus noodzakelijk patiënten die voldoen aan de hierboven gestelde criteria door te verwijzen naar een Brandwondencentrum.

Tweede graads verbranding thorax/abdomen

Wordt er echter niet besloten tot doorverwijzen van een brandwondenpatiënt die voldoet aan de hierboven gestelde criteria, dan hierbij een aantal adviezen met betrekking tot het E.C.G.-monitor bewaking.

Daar een uitgebreide 2^{de} graads verbranding van de thorax/abdomen behandeld moet worden met veelal zilversulfadiazine zalf, wordt het niet mogelijk normale E.C.G.-plakkers te gebruiken. U kunt dan overgaan op de Arbo-Goldy kinderelektroden H 87V. Deze zijn voorzien van een gellaag en kunnen op een natte ondergrond bevestigd worden. Bij loslaten van deze elektroden blijven ze toch een goede scoop weergave geven.

U dient echter wel een andere, daarbij behorende aansluitkabel te hebben van patiënt naar monitor. Deze materialen worden geleverd door MIHS/Klees Medical b.v. in Dieren.

Derde graads verbranding thorax/abdomen

Indien er sprake is van een uitgebreide 3^{de} graads verbranding en er wordt besloten tot niet doorsturen van deze patiënt naar een Brandwondencentrum, kunt u gebruik maken van naaldelektroden. U kunt deze naaldelektroden ongehinderd in de 3^{de} graads brandwonden steken om zo een adequate E.C.G.-bewaking te komen. De 3^{de} graads brandwonden zijn pijnloos daar de hitte inwerking de zenuwuiteinden heeft vernietigd.

Literatuur:

Wondenboek Woundcare Consultant Society, Nederlandse Vereniging voor deskundigen in wondbehandeling; Leiden 1991

R.M. Baljon
Plv. Verpleegkundig Coördinator
Brandwondencentrum Zuiderziekenhuis
Groene Hilledijk 315
3075 EA Rotterdam

Vraag

We kennen het probleem allemaal: het ophangstelsel van het beademingscircuit. De huidige beademings-toestellen zien er niet alleen fantastisch uit, ze doen het ook nog prima. Het bedieningsgemak is optimaal. Er is duidelijk veel geld gestoken in de vormgeving en het optimaliseren van het bedieningsgemak voor de eindgebruiker. Tot zover de ventilator.

Waar duidelijk minder geld in wordt gestopt is, de ontwikkeling van een goede bevestigingsarm voor het beademingscircuit. Het credo van de diverse bedrijven lijkt te luiden: 'Als het circuit maar ergens aan hangt'. De arm is zelden flexibel, het Y-stuk bij de tube bungelt er los bij, de arm snel vast of los draaien is er niet bij en is de arm wel flexibel dan is hij na 1 jaar intensief gebruik lam en hangt slap in bed.

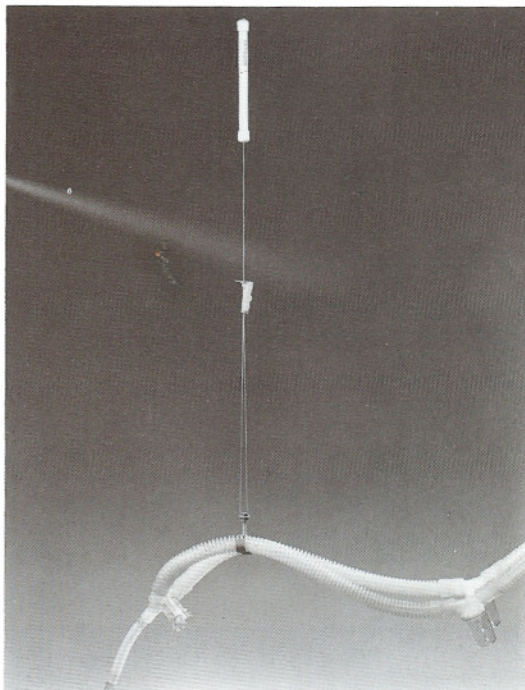
Er is niets aan de hand indien de patiënt stil ligt en wanneer hij/zij niet wordt gewassen, er rest slechts ergernis. Maar ligt de patiënt niet stil en wordt hij/zij wel gewassen dan is er geen sprake meer van alleen maar ergernis. De patiënt wordt bijna geëxtubeerd omdat het beademingscircuit strak komt te staan en de verpleegkundige kan niet snel het systeem ontkoppelen.

Misschien zijn er goede ophangarmen op de markt maar voorlopig moeten wij het doen met de huidige, slecht functionerende armen.

Wie kan mij antwoord kan geven op de volgende vragen:

1. Bestaan er goede bevestigingsarmen, en zo ja, waar zijn deze te verkrijgen?
2. Zijn er Intensive Care afdelingen waar men zelf een oplossing heeft gevonden op dit probleem? Hoe ziet deze oplossing er uit en wat heb je daar voor nodig? Graag uw reactie.

A.B. Wijnbergen
Utrecht



Antwoord

Sinds 1 jaar hebben wij voor ophanging van de beademingslangen de zogenaamde 'Sky-Hook' in gebruik. De 'Sky-Hook' is vergeleken met de bevestigingsarmen goedkoop. Hij kost ongeveer f 300,- à f 400,-. De 'Sky-Hook' bevalt ons prima, is gemakkelijk te bevestigen en is zeer gebruiksvriendelijk. De 'Sky-Hook' is gemakkelijk in hoogte te verstellen, zelfs met één hand, en draait mee als de patiënt zijn hoofd draait. De 'Sky-Hook' is bij de firma Mecomfa gekocht. De 'Sky-Hook' kan worden bevestigd aan het plafond, een Trilux balk of een vaste infuuspaal (zie foto).

G. Kommer
Unitleider I.C.U.
Ziekenhuis Rivierenland
Pres. Kennedylaan 1
4002 WP Tiel