

Stadium 3: oppervlakkige decubitus

Auteur: G. Janssen

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1993

Pagina: 14-15

Jaargang: 7

Nummer: 11

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: decubitus stadium 3 casus granalatie

Literatuur: 1. Consensus Bijeenkomst Decubituspreventie. 1985. 2. Consensus Bijeenkomst Decubitusbehandeling. 1986. 3. WCS-Wondenboek

De heer C., 36 jaar oud, heeft sinds 15 jaar een lage dwarslaesie, opgelopen tijdens een verkeersongeval. Ongeveer 2 jaar geleden is er op de stuit een flinke decubituswond ontstaan. De wond heeft een lengte van 20cm, over de totale breedte van de stuit en is 2cm diep, maar de onderliggende spierlaag is nog intact. De wondbodem is bedekt met een stug geel beslag. De huid rondom de wond ziet er bleek en verweekt uit. Het is dus een oppervlakkige decubituswond stadium 3 zonder necrose.

Oorzaak.

Heer C. is na het ongeval ongeveer 1 jaar opgenomen geweest in een revalidatiecentrum. Er is toen veel aandacht besteed aan het risico voor het ontstaan van decubitus op de stuit door het ontbreken van de sensibiliteit. De zelfredzaamheids oefeningen in het revalidatiecentrum hadden steeds tot doel het voorkomen van druk- en schuifkrachten. In de loop der jaren heeft heer C. deze oefeningen echter onvoldoende consequent uitgevoerd. Omdat de pijnprikkel ontbreekt is de decubitus pas laat opgemerkt, waardoor deze zich heeft kunnen ontwikkelen tot stadium 3.

Wat betekent decubitus stadium 3 voor de verpleegkundige zorgverlening.

De huisarts heeft heer C. verwezen naar een chirurg en er is besloten tot opname over te gaan. De verpleegkundige van de afdeling heeft volgens protocol de risicoscorelijst ingevuld:

- de geestelijke toestand is goed
- de voedingstoestand lijkt ook goed te zijn
- sinds 8 jaar heeft heer C. een urinestoma, de verzorging hiervan verloopt zonder problemen.
- de lichaamstemperatuur is 's morgens en 's avonds normaal; de kans dat de decubituswond geïnfecteerd is zal minimaal zijn
- heer C. heeft geen medicatie en is ook geen diabetespatiënt

- i.v.m. de dwarslaesie scoren de neurologische toestand en de mobiliteit beiden 3 punten. Dit brengt de decubituscore op 6 punten.

Omdat er reeds decubitus aanwezig is wordt het decubitusprotocol gehanteerd zoals in het ziekenhuis gebruikelijk is. Dit betekent dat heer C. op een luchtmatras wordt gelegd en voorlopig in bed moet blijven, omdat hij niet op de stuit mag zitten. Om de drie uur wordt wisselgigging toegepast: zijligging links en rechts.

Behandeling van decubitus stadium 3.

Voor de behandeling worden de dermatoloog en de decubitusconsulent geconsulteerd.

Een wondkweek wordt afgenomen en tevens worden nierfunctie en electrolyten gecontroleerd. Er blijkt geen infectie in de wond aanwezig te zijn.

De diëtiste wordt geraadpleegd om de voedingstoestand optimaal te houden en extra eiwitten toe te voegen i.v.m. de wondgenezing.

De dermatoloog wil de wond zo snel mogelijk reinigen en kiest hiervoor een intensieve methode. De volgende behandeling wordt afgesproken:

1. de wond spoelen met NaCl 0.9%
2. de gehele wond wordt bedekt met een nylon gaasmateriaal en opgevuld met een dextranomeerpasta
3. de wondranden worden beschermd met dun zinkoxydesmeersel
4. het geheel wordt afgedekt met een absorberend verband, gefixeerd met hypoallergene pleisters.

De eerste 2 weken zijn enorm intensief, omdat punt 1 t/m 4 consequent 3x daags uitgevoerd worden, wat een tijdsinvestering van ? 30 min. per behandeling betekent.

Een bijkomend probleem is dat de heer C. zich niet kan houden aan de wisselgigging, omdat zijligging een enorme beperking betekent voor zijn vrijheid van handelen.

Dit leidt tot een conflictsituatie tussen de hem en de verpleging. Als energieke jonge man met een goede geestelijke gezondheid is het protocol een ramp omdat er zo nauwelijks mogelijkheden zijn om zinvol bezig te zijn.

Heer C. vraagt zich dan ook af of er geen andere mogelijkheden bestaan om het doel van deze therapie, n.l. het opheffen van de druk op de stuit, te bereiken. Zodat hij ondanks de bedlegerigheid toch zinvol bezig kan zijn.

Tijdens een bespreking op de afdeling worden de mogelijkheden bekeken om het protocol soepel te hanteren, waardoor het niet meer als doel, maar als middel gebruikt wordt. In overleg met het afdelingshoofd, de decubitusconsulent, de verpleegkundigen en de patiënt wordt besloten een ander anti-decubitusmatras te gebruiken dat uitgaat van een lage druk in plaats van een hoge druk zoals bij een luchtmatras. De effecten op de drukvermindering zijn dan groter ondanks het feit dat de patiënt op de stuit ligt. De heer C. hoeft niet meer steeds op zijn zij te liggen en kan zich daardoor overdag zinvoller bezig houden.

Granulatie

Na 2 weken is er een zichtbare verbetering te constateren: de wond gaat goed vooruit, er worden eilandjes van rood granulatieweefsel gevormd, die zich als kratertjes tussen het gele beslag bevinden.

De behandeling wordt enigszins gewijzigd. Het spoelen met waterstofperoxyde 3% wordt gestaakt. Alleen de plaatsen waar nog geel, inmiddels zacht, beslag aanwezig is worden

volgens de "teabag" methode met dextranomeerpasta bedekt. De rest van de wondbodem wordt bedekt met gazen gedrenkt in NaCl 0.9%. De omliggende huid wordt dun ingesmeerd met zinkoxydesmeersel. Afdekking met een absorberend verband. De behandelingsfrequentie wordt teruggebracht tot 2x daags, en de tijdsinvestering bedraagt ? 20 min. per behandeling. De heer C. en de verpleegkundigen van de afdeling kunnen het inmiddels goed met elkaar vinden en dat komt ook de wondgenezing ten goede.

Schoon

Na 4 weken is de wond helemaal schoon en de wondranden zien er mooi rood en goed doorbloed uit.

De dermatoloog vindt dat zijn werk erop zit en de chirurg komt in beeld. Deze besluit, gezien de grootte van de wond een zwaailap aan te brengen. In de 5e week van de opname vindt de operatie plaats en wordt een zwaailap getransplanteerd. De operatiewond die ontstaat geneest voorspoedig en in week 7 na opname kan de heer C. ontslagen worden. Inmiddels is er contact gelegd met het revalidatiecentrum om hem opnieuw de oefeningen te leren die nodig zijn om transfers te maken zonder daarbij schuifkrachten te gebruiken. De drukkrachten worden tot een minimum beperkt door deugdelijke anti-decubitus materialen in rolstoel en bed en doordat heer C. weer consequent gaat liften in de stoel. Hij is door deze opname overtuigd geraakt van de noodzaak van preventieve maatregelen.

Gerrie Janssen, bestuurslid WCS