

WONDZORG IS IEDERS ZORG.

WONDBEHANDELING BIJ DE TRAUMATISCHE GEVOLGEN NA EEN VAL BIJ HET GEBRUIK VAN ANTICOAGULANTIA

Y. Bouten*, M. Huberts**

In 1999 hebben we op het WCS-congres kennisgemaakt met de VAC (Vacuum Assisted Closure) therapie. Na deze eerste kennismaking was onze interesse gewekt. De affiniteit die we hebben met wonden en wondbehandeling hebben we kenbaar gemaakt in onze instelling. De investering van tijd om ons te ontwikkelen tot wonddeskundigen werd mogelijk gemaakt door het afdelingsmanagement. Wij beschrijven onze eerste patiëntencasus met alle valkuilen van dien.

CASUS

Mevrouw Janssen, 72 jaar, woont in een verzorgingshuis. In haar anamnese is sprake van diabetes mellitus, myocardinfarct, plexopathie van de rechter arm en recentelijk drie maanden ziekenhuisopname in verband met een ulcus cruris.

Na een val op de bedrand waarbij het rechterbeen een forse impact krijgt komt mevrouw op de spoedeisende hulp. Er is een fors hematoom waarneembaar op de binnenkant van het rechterbovenbeen. Dit wordt gepuncteerd. Mevrouw maakt een vermoeide indruk en spreekt onduidelijk.

In verband met shockverschijnselen wordt mevrouw Janssen opgenomen op de Medium Care. (MC). De huid vertoont blaarvorming. (foto 1)

Gedurende haar verblijf op de MC vindt twee keer een debridement plaats op de OK. Tijdens het tweede debridement vindt uitgebreide resectie van de huid en subcutis plaats.

De wond stinkt en is extreem atoon, de kleur is bleek en de wondranden zijn bedreigd.

Mevrouw Janssen wordt overgeplaatst naar de chirurgische afdeling en de wondverzorging wordt gedurende drie dagen voortgezet met gazen gedrenkt in oesol paraffine, dit doet men twee maal per dag. Zij is onder dit alles zeer emotioneel: het wondoppervlak wordt steeds groter, de confrontatie met de wond bij iedere verbandwisseling is moeilijk en ook ervaart zij de wondverzorging als zeer pijnlijk. Ondank de sondevoeding van 2000 Kcal verslechterd haar voedingstoestand en haar motivatie om mee te werken neemt af.

VERDERE BEHANDELME-THODE

Een week na opname benadert de chirurg ons in verband met verslechtering van de wond.

In overleg met de chirurg wordt gestart met vacuümtherapie. Er wordt een wonddocumentatie aangelegd (zie kader) en een foto gemaakt van de situatie op dat moment (foto 2).

Door middel van deze wonddocumentatie wordt objectief inzichtelijk hoe de wondgenezing verder verloopt en of voor de juiste therapie is gekozen. Bovendien wordt aandacht besteed aan de voedingstoestand en de pijnbeleving van de patiënte. De diëtiste wordt ingeschakeld en mevrouw krijgt extra eiwitten aangeboden.

De wond is op dat moment (20.09.01) 22 cm lang, 17 cm breed, 2 cm diep en is voor 70% zwart, 20% geel en 10% rood.

De wondranden zijn bedreigd en mevrouw Janssen heeft veel pijn. Gestart wordt met witte wondbedekkers (Coldex van de firma Mediprof). De keuze hiervoor wordt mede bepaald door de pijnlijkheid van de wond. Aangezien de witte wondbedekker meerdere dagen kan blijven zitten en hiermee dus minder verbandwisselingen nodig zijn is deze methode minder pijnlijk voor de patiënt. Tevens wordt een goede pijnbestrijding afgesproken. De wondranden worden beschermd met een hydrocolloid.

In verband met stagnatie van de wondgenezing wordt na vijf dagen overgegaan op zwarte wondbedekkers (VAC therapie van KCI). De wondranden worden nu beschermd

met Cavilonspray (3M).

De keuze voor VAC therapie is gemaakt door de behandelend chirurg die elders ervaringen heeft opgedaan met deze wondbehandeling. De zwarte wondbedekker is grover van structuur dan de witte en vaak pijnlijker bij de verbandwisselingen in verband met mogelijke ingroei van granulatieweefsel.

Gezien de ervaringen van de behandelend chirurg wat betreft de reiniging van wonden geeft hij de voorkeur aan de zwarte wondbedekker. Voor iedere verbandwisseling krijgt mevrouw Janssen morfine intramusculair toegediend.

De dag erna gaat mevrouw Janssen opnieuw naar de OK voor een debridement. Alle necrose wordt nu met schaar en mes verwijderd, zodat goed bloedende wondoppervlakken overblijven (Foto 3).

De VAC therapie wordt gecontinueerd gedurende twee weken. Er vindt drie maal per week een verbandwisseling en wondinspectie plaats. De wonddocumentatie wordt bij iedere verbandwisseling ingevuld. Eénmaal per week wordt een foto gemaakt om goed vergelijkingsmateriaal te verkrijgen. De patiënte wordt gemobiliseerd met behulp van de fysiotherapie.

Aan het einde van deze periode is de wond in optimale conditie voor een Split Skin Graft (S.S.G.) (Foto 4).

De wond is 21 cm lang, 14 cm breed, 1 cm diep en is 2,5 % geel en 97,5% rood. Het aanwezige granulatieweefsel is helderrood, vochtig met een glanzend oppervlak en bloedt niet meer zo snel. De wondranden zijn intact.

Deze SSG wordt gedurende vijf

dagen gefixeerd met behulp van de VAC therapie. De SSG is na deze periode voor 95 % ingegroeid. De wond wordt hierna behandeld met een niet verklevend vet gaas.

Door afname van de pijn en goede vooruitgang van de wondgenezing nam de motivatie van mevrouw Janssen toe. Tevens kwam haar eetlust terug, waardoor haar algemene conditie verbeterde. Met intensieve begeleiding van de fysiotherapie kon zij zich bij ontslag uit het ziekenhuis met een rollator redelijk voortbewegen.

CONCLUSIE EN EVALUATIE

Voor ons was deze patiënte de eerste patiënte waarbij we de VAC therapie hebben toegepast. We waren zeker onder de indruk van de bereikte resultaten bij deze casus.

De wonddocumentatie en het gebruik van digitale fotografie gaf ons een goed inzicht in de vooruitgang van de wondgenezing en de juistheid van de ingezette therapie. We zijn ons ervan bewust dat voor iedere wond een eigen benadering geldt.

De goede resultaten bij deze patiënte zijn voor ons een aanleiding geweest om ons nog meer te gaan verdiepen in wondzorg in zijn algemeenheid. Tevens zijn we ons gaan oriënteren hoe we de wondzorg in ons ziekenhuis kunnen organiseren.

Ook het inzetten van de VAC therapie vormt hier uiteraard een onderdeel van.

In deze casus is duidelijk geworden dat samenwerking van meerdere disciplines bij wondbehandeling van belang is: namelijk de chirurg, verpleegkundige, wonddeskundige, diëtiste en fysiotherapeut.

Ten slotte willen we nog enkele aanbevelingen doen voor de startende wonddeskundigen.

Op de eerste plaats is het kijken naar wonden en het objectief vastleggen van deze gegevens van groot belang. Hierin speelt de gevoerde wonddocumentatie een grote rol. Digitale fotografie kan een enorme aanvulling zijn op de verkregen gegevens. Met deze gegevens kan een wondbehandelingsplan gemaakt worden.

Ten tweede is het zinvol de ingezette therapie te evalueren. Middels deze evaluatie kun je zien of de ingezette middelen en materialen het gewenste resultaat geven.

Ten derde kun je middels verslaglegging, evaluatie en toetsing zien of het wondbehandelingsplan in de juiste volgorde is uitgevoerd en of de therapie zijn maximale effect heeft geleverd.

Door zo om te gaan met wondbehandeling als hierboven beschreven krijgt iedere patiënt die wondzorg nodig heeft de aandacht die hij verdient.

***Yvonne Bouten, IC verpleegkundige, wonddeskundige**

****Marja Huberts, IC verpleegkundige, wonddeskundige**

Beiden werkzaam in het VieCuri Medisch Centrum voor Noord Limburg te Venlo, afdeling Intensive Care

LITERATUUR

1. Castelijm M. De rol van de thuiszorg bij de preventie en behandeling van decubitus. WCS Nieuws 15(1999); 4; P 3-8.
2. Protocol decubituspreventie en wondbehandeling Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam, oktober 1999
3. de Jong-Schrader G, diëtiste Heelkunde en voedingsteam V.U. Medisch Centrum; Voeding en wondverzorging; scholing WCS september 2001
4. Handleiding WE CARE, wondbehandeling met VAC Therapie, KCI Medical B.V., december 1999.



Foto 1: Grote necrotiserende wond met blaarvorming



Foto 2: Situatie voor start vacuümtherapie, nog veel necrose en geel beslag



Foto 3: Gedurende de VAC therapie



Foto 4: Resultaat na 21 dagen VAC therapie, goed granulerende wond



Ziekenhuizen
Noord-Limburg

Wonddocumentatie IC / MC

Naam Patiënt Mevrouw Janssen geb: 10.08.1929	Soort wond: <input checked="" type="checkbox"/> Chirurgisch <input type="checkbox"/> Mechanisch <input type="checkbox"/> Overig	Plaats wond: rechter bovenbeen	Doel wondbehandeling				
			<input checked="" type="checkbox"/> reinigen	<input type="checkbox"/> sluiten	<input type="checkbox"/> beschermen		
Grootte v/d wond in cm	Datum:	20.09.01	25.09.01	29.09.01	03.10.01	07.10.01	10.10.01
	<i>Lengte</i>	22	23	24	23.5	22	21
	<i>Breedte</i>	17	17	19	17	15	14
	<i>Diepte</i>	2	1.5	1.5	1.5	1.5	1
Geef per item het % v/d wond dat: zwart, geel of rood is	<i>Zwart</i>	70%	40%	5%	5%	2.5%	2.5%
	<i>Geel</i>	20%	20%	5%	95%	97.5%	97.5%
	<i>Rood</i>	10%	30%	90%	70%ja/30%nee	ja	ja
Aspecten v/d wondranden	<i>Intact</i>	nee	necrose	ontvellingen	nee	nee	nee
	<i>Gezwellen</i>	X	X	nee	nee	nee	nee
	<i>Verweekt</i>	X	X	nee	30%knie	30%knie	nee
	<i>Ondermijnd</i>	X	X	nee	knie	nee	nee
	<i>Normaal</i>	X	X			X	X
	<i>Afwijkend</i>		X	X			
Vochttransport	<i>Wondafgifte:</i>	X	X	X			
					X	X	X
Bloedingsneiging	<i>Ja</i>	X	X				
	<i>Nee</i>		X	X		X	X
Infectie/ Temp		38.4	38.2	37.4	37.9	37.2	37.1
Voeding	<i>NPO</i>						
	<i>Enteraal</i>	X en nutridrink	X en nutridrink	X en nutridrink	X en nutridrink	X en nutridrink	X en nutridrink
	<i>Parenteraal</i>						
Pijn schaal 1-10	<i>1 = geen pijn</i>	8	8	10	8	9	8
Wondbedekker	<i>Soort materiaal</i>	witte spons	zwarte spons L	zwarte spons L	zwarte spons L	zwarte spons L	zwarte spons L
Wondverzorging	<i>Reinigen met</i>	nacl 0.9%					
	<i>Afdekken met</i>	folie	folie	folie	folie	folie	folie
	<i>Wondranden beschermen</i>	duoderm	cavilonspray	cavilonspray	cavilonspray	cavilonspray	cavilonspray
Overige		foto	foto	vac therapie	kweek	vac therapie	vac therapie
		vacuum zuigen	vac therapie	vac therapie	vac therapie	vac therapie	vac therapie
Naam verplk. / arts		chirurg/verpleegk.	chirurg/verpl.	verpleegk.	chirurg/verpl.	verpleegk.	verpleegk.