



Leczenie rany przewlekłej pochodzenia jatrogennego.

Mariola Sznajka ,Damian Ziąja.

Katedra i Oddział Chirurgii Ogólnej , Naczyń i Angiologii .SPSK nr 7 SUM

Kierownik Katedry

prof. dr hab.n.med. Krzysztof Ziąja

Etiologia.

Najczęstsze :

**brak badania tętna na obwodzie kończyny przed planowanym zabiegiem –
zaniechanie wykonania ABI gdy brak tętna na stopie.**

➤ **WYWIAD:**

➤ Niedokładnie zebrany wywiad tak lekarski jak i pielęgniarski dotyczący:

- chorób przebytych w szczególności układowych (łuszczycyca , kolagenozy)
- chromania przestankowego , bólów nocnych kończyn dolnych
- przebytych urazów kończyn dolnych - złamania , zwichnięcia ,
- przebytych zabiegów rekonstrukcyjnych na naczyniach kończyn dolnych lub implantowanych stentów



Etiologia .

- Przebyte operacje pomostowania naczyń wieńcowych wymagające pobrania żyły odpiszczelowej wielkiej
- cukrzyca a operacyjne leczenie żylaków
- Śródoperacyjne oparzenia elektryczne – bierna elektroda na goleni
- Zakażenia szpitalne ran po operacjach naczyniowych i urazowo ortopedycznych kończyn dolnych




Rana przewlekła to nie zawsze .

- owrzodzenie żyłne
- owrzodzenie niedokrwienne
- stopa cukrzycowa
- oparzenie elektryczne lub środkami odkażającymi
- zdarzenie niepożądane po leczeniu chirurgicznym , pielęgniarstwie
- odleżyna



Materiał i metody

- ▶ Pacjenci Katedry i Oddziału Chirurgii Ogólnej , Naczyń i Angiologii SPSK nr 7 . SUM
- ▶ Pacjenci Poradni „NAVIMED Pol Dwa”
- ▶ Pacjenci Poradni „Prywatne Gabinety Lekarskie”



Analizie poddano 14 pacjentów z raną przewlekłą kończyn dolnych powstałą w wyniku :

- Usunięcia znamienia barwnikowego - 1
- Leczenia żyłaków - 3
- Pobrania VSM do CABG - 7
- Oparzenia elektrycznego elektrodą bierną - 1
- Leczenia urazów kostnych za pomocą opatrunku gipsowego - 2

Pacjenci po CABG (pomostowanie naczyń wieńcowych z pobraniem żyły odpiszczelowej wielkiej) n=7

- Brak tętna na t. podkolanowej n = 5 , brak tętna na t. udowej n=2
- ABI \leq 0,4
- U dwu chorych wykonano amputację na poziomie uda po wyczerpaniu wszelkich możliwości leczenia .

Przyp. nr 1.

CABG przed 13 m. Od 12,5 m. niegojąca się rana podudzia ; ze względu na zakażenie zdyskwalifikowany do chirurgicznej rekonstrukcji naczyniowej , brak możliwości technicznej implantacji stentu , brak własnej żyły





CABG.

- **Przyp.nr 2.**

- 15 m. leczenia zachowawczego w Poradni Kardiologicznej i POZ - z powodu niegojącej się rany – skierowany do Poradni Chorób Naczyń .
- Krążeniowo wydolny . Tętno obecne na t. udowej , $ABI < 0,4$.
- Angio CT brak technicznych możliwości leczenia wewnątrznaczyniowego



Zabieg kosmetyczny.

- **Przyp. nr. 3**
- „kosmetyczne” wycięcie znamienia barwnikowego o śr 3 mm przed 9 m. . leczona początkowo w prywatnym gabinecie chirurgicznym następnie w Ośrodku Leczenia Oparzeń -komora hyperbaryczna , opatrunki hydrożelowe , maści , antybiotyki celowane - skierowana do chirurga naczyniowego .
- PChN - brak tętna na tętnicy podkolanowej , przepływ dopplerowski na stopie jednofazowy , ABI < 0,4
- Angio CT brak możliwości rekonstrukcji naczyniowej





Leczenie żyłaków - radiofrequency .

➤ **Przyp. nr. 4**

- Pacjentka lat 59 . Przed 9 m. „radiofrequency” , wg. Chorej leczeniu podlegały niewielkie żyłaki podudzia. Po 14 dniach powstało owrzodzenie.
- Skierowana do PChN z powodu braku poprawy . Pali 20 pap/dz , nie leczona z powodu AO.
- Brak tętna na tętnicy podkolanowej , pacjentka twierdziła , że podawała chromanie < 100 m oraz , że nie było badania tętna
- ABI < 0,4 , przepływ dopplerowski – grzbietowa stopy – brak , odpiszczelowa tylna jednofazowy , obecnie bóle nocne .
- Angio CT brak możliwości rekonstrukcji naczyniowej



Leczenie żylaków – laseroterapia wewnątrznaczyniowa.

➤ *Przyp. nr. 5*

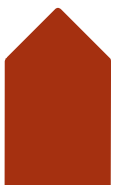
- Pacjentka lat 63 leczona za pomocą wewnątrznaczyniowej laseroterapii , wg. Pacjentki z powodu niewielkich żylaków podudzia
- Początkowo zaczerwienienie , następnie martwica miejscowa skóry .Po 7 dniach uformowało się owrzodzenie . Owrzodzenie leczone od 7 miesięcy po zabiegu w gabinecie POZ .
- Od 7 dni w PChN uzyskano poprawę .
- Tętno obecne na stopie , przepływ dopplerowski na stopie trójfazowy .



Oparzenie elektryczne .

► *Przyp. nr 6*

- 72 letni pacjent operowany z powodu raka żołądka , uprzednio leczony z powodu POChP , cukrzycy t. II , choroby wrzodowej żołądka.
- Oparzenie elektryczne elektrodą bierną przed 21 dniami . ABI > 0,8
Ślad tętna na t. odpiszczelowej tylnej , brak na grzbietowej stopy .
Chory leczony w Poradni Chirurgicznej opatrunkami hydrożelowymi
- spostrzegał ciągłe pogorszenie stanu miejscowego
- Chory skierowany do Angio CT celem zaproponowania ewentualnego dalszego leczenia wewnątrznaczyniowego.





Oparzenie elektryczne cd.

- Choremu wykonano angio CT i zakwalifikowano do implantacji stentu do zwężenia t. udowej





➤ **Przyp. nr. 7**

- Pacjent lat 39 po urazowym otwartym złamaniu podudzia . Od zabiegu brak tętna na t. grzbietowej stopy . Nie podjęto próby rekonstrukcji naczyń w czasie pierwotnego zaopatrzenia urazu.
- Nie podjęto dalszej diagnostyki naczyniowej , brak konsultacji chirurga naczyniowego .
- Stan miejscowy w dniu konsultacji chirurga naczyniowego 24 doba po urazie



Urazy cd.

- ▶ **Przyp. nr. 8**
- ▶ Bezdomny pod wpływem alkoholu ze złamaniem podudzia – leczony opatrunkiem gipsowym okrężnym od stopy do 1/3 górnej uda . Po założeniu opatrunku gipsowego skarżył się na bóle , obrzęk stopy , parestezje potem zaburzenia czucia i ruchów palcami
- ▶ W 8 dniu , po rozcięciu gipsu przekazany do Kliniki celem rekonstrukcji naczyniowej , po „oczyszczeniu” rany przekazany do Ośrodka Leczenia Oparzeń celem wykonania przeszczepu skóry.







➤ **Przyp. nr. 9**

- Pacjent z owrzodzeniem przewlekłym goleni , leczony zachowawczo w POZ od roku , bez poprawy , przesłany do leczenia specjalistycznego do PLChN.
- Zlecono kompresjoterapię i opatrunki hydrożelowe nie wykonano badań dodatkowych
- Po 7 dniach leczenia , w czasie wizyty kontrolnej wykonano : ABI <0,4 , tętno na tętnicy udowej

Stan wyjściowy po skierowaniu do
Poradni Naczyniowej.



Po 7 dniach leczenia w Poradni
Naczyniowej opatrunkami hydrożelowymi





Opieka pielęgniarsko – lekarska lekarsko – pielęgniarska

- Utrzymanie higieny osobistej ?
- Opatrunki hydrożelowe ?
- Opatrunki z octeniseptu ? 0,5% Argentum ?
Maści antybiotykowe?
- Leki p. bólowe ? Jakie : ketonal , pyralgina ,
tramal , nerkotyki ?
- Kompresjoterapia ??



Opieka pielęgniarsko – lekarska lekarsko pielęgniarska

- Badanie tętna ->
- ABI ->
- Angio CT ->
- Arteriografia dotętnicza tylko o ile możliwe wykonanie procedury wewnątrznaczyniowej
- Do rozważenia sympatectomia



Leczenie.

- Dokładna ocena unaczynienia kończyny – USG doppler , ANGIO CT
- Pobranie materiału do badań bakteriologicznych , pobranie wycinków do badania HP celem wykluczenia choroby nowotworowej ,
- Chirurgiczne oczyszczenie rany
- Biologiczne oczyszczenie rany (larwy much)
- Arteriografia dotętnicza wyłącznie celem leczenia wewnątrznaczyniowego



Leczenie.

- ▶ Amputacja kończyny jako zabieg ratujący życie musi być wzięta pod uwagę szczególnie u chorych z narastającymi objawami niewydolności nerek

Podsumowanie.

- ▶ Każdy pacjent przed podjęciem jakiegokolwiek leczenia inwazyjnego w obrębie kończyn dolnych musi być dokładnie zbadany zarówno przez lekarza jak i pielęgniarkę – pobranie wymazów do badań flory bakteryjnej
- ▶ Musi być załączony protokół badania ze schematem tętna
- ▶ Jeżeli brak tętna na stopie wskazane wykonanie ABI gdy $< 0,8$ dupleks doppler , angio CT , angiografia w połączeniu z procedurą wewnątrznaczyniową
- ▶ Protokół pielęgniarski w ocenie stanu skóry winien zawierać ocenę barwy , ocieplenia , wypełnienia układu żylnego w pozycji leżącej
- ▶ W protokole obserwacji pielęgniarskiej muszą być odnotowane skargi chorego na : ból , oziębienie , cierpięcie , zaburzenie ruchomości , obrzęk , zaburzenia czucia .



Opieka pielęgniarsko – lekarska
life time !



Dziękuję Państwu za
uwagę !