



ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Συρραφής τραυμάτων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

- ΠΟΥΑΡΙΔΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ
- ΒΛΑΧΟΥ ΑΓΑΠΗ
- ΖΑΓΚΟΥΝΤΙΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
- ΚΑΝΤΖΕΛΟΓΛΟΥ ΘΩΜΑΗ
- ΜΠΟΥΔΡΟΝΙΚΟΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
- ΤΣΙΡΕΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
- ΜΠΑΡΙΚΑ ΘΕΟΔΟΣΙΑ

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ-ΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΠΟΥΑΡΙΔΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

- ΚΕΣΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ
- ΤΣΙΠΟΥΡΑΚΗ ΠΕΤΡΟΥΛΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

- ΕΥΔΟΞΙΑ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ-ΤΡΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΣΝΕΖΑΝΑ ΙΒΚΟΒΙΤΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

- ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΕΤΙΚΙΔΗΣ

Σκοπός

Ο σκοπός της αποκατάστασης τραυμάτων είναι η αιμόσταση και τα βέλτιστα αισθητικά αποτελέσματα χωρίς αύξηση του κινδύνου μόλυνσης.

Ορισμός

Τραύμα είναι η ολικού πάχους λύση της συνέχειας του δέρματος μέχρι και του λίπους τουλάχιστον.

Συρραφή τραύματος είναι η διαδικασία μέσω της οποίας επιτυγχάνεται η σύγκλειση των ιστών που έχουν κοπεί με χρήση μηχανικών μέσων, ώστε να επιτευχθεί επούλωση.

Αξιολόγηση τραύματος

Η σωστή αντιμετώπιση των τραυμάτων χρειάζεται λήψη λεπτομερούς ιστορικού του ασθενούς. Έμφαση πρέπει να δοθεί στους ακόλουθους παράγοντες που μπορούν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην επούλωση:



Μεγάλες ηλικίες

Σακχαρώδης διαβήτης

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Παχυσαρκία

Υποσιτισμός

Χρήση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (π.χ. στεροειδή και χημειοθεραπευτικά φάρμακα)

Διαταραχές του συνδετικού ιστού (π.χ. σύνδρομο Ehlers-Danlos, σύνδρομο Marfan)

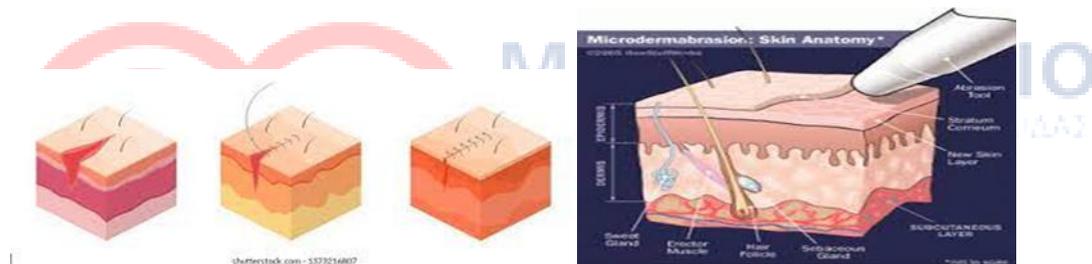
Αλλεργίες

Χρόνος και μηχανισμός τραυματισμού

Θέση, σχήμα και μέγεθος τραύματος

Επίσης, χρειάζεται να γίνεται λήψη ζωτικών σημείων και φυσική εξέταση. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την επιθεώρηση του τραύματος και του περιβάλλοντος δέρματος για ενδείξεις νέκρωσης ή λοίμωξης, παθητική και ενεργητική κίνηση για την αξιολόγηση του βαθμού αναπηρίας, υπερηχογράφημα για την αξιολόγηση της ανατομίας και/ή την καθοδήγηση της περιοχικής αναισθησίας, μέτρηση του περιφερικού σφυγμού για την αξιολόγηση της αγγειακής βλάβης και εργαστηριακές εξετάσεις ως συμπληρωματικό μέσο για τον προσδιορισμό της ποσότητας της απώλειας αίματος ή την αναζήτηση ενδείξεων λοίμωξης.

Η εξέταση του τραύματος πρέπει πάντα να πραγματοποιείται υπό βέλτιστες συνθήκες φωτισμού και με ελάχιστη αιμορραγία. Η εξέταση υπό μη βέλτιστες συνθήκες φωτισμού ή όταν το τραύμα καλύπτεται από αίμα εμποδίζει την αναγνώριση ενσωματωμένων ξένων σωμάτων και μπορεί να οδηγήσει σε ακούσια βλάβη δομών, όπως τένοντες, νεύρα ή αρτηρίες. Για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα να παραβλεφθεί μια βλάβη σε μια ζωτική δομή, όλες οι εξετάσεις τραυμάτων πρέπει να ξεκινούν με νευροαγγειακή αξιολόγηση των σφυγμών, της κινητικής λειτουργίας και της αίσθησης περιφερικά του τραύματος.



Τύποι Τραυμάτων

Εκδορά: Τραύμα που προκαλείται από φθορά του δέρματος. Πρόκειται για τραύματα μερικού πάχους.

Έγκαυμα: Τραύμα που προκαλείται από θερμική ή χημική καταστροφή του δέρματος και των υποκείμενων ιστών. Μπορεί να είναι τραύματα μερικού ή πλήρους πάχους

Νύσσον τραύμα: Τραύμα που προκαλείται από αιχμηρό αντικείμενο (βελόνα, καρφί, μαχαίρι).

Τέμνον τραύμα: Τραύμα που προκαλείται από οξύαιχο όργανο, όπως νυστέρι, μαχαίρι, ξυράφι & ομαλά χείλη.

Εξελκυστικό ή αποσπαστικό τραύμα: Τραύμα που προκαλείται από ατελή ή πλήρη απόσπαση δερματικού κρημνού μαζί ή χωρίς άλλους ιστούς (απόσπαση δέρματος τριχωτού κεφαλής ή απόσπαση δακτύλου μαζί με τους τένοντες).

Τραύμα δια πυροβόλου όπλου: Τραύμα που προκαλείται από κάκωση ιστών από οπή στο δέρμα μέχρι και κάταγμα οστού ή και διάτρηση αγγείων.

Τυφλό τραύμα: Τραύμα με πύλη εισόδου αλλά όχι εξόδου.

Διαμπερές τραύμα: Τραύμα με πύλη εισόδου και εξόδου.

Συνθλιπτικό τραύμα: Τραύμα που οι ιστοί υφίστανται συμπίεση μεγαλύτερη της αντοχής τους

Τεχνικές ελέγχου αιμορραγίας

Πριν από την έναρξη του καθαρισμού, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο έλεγχος της αιμορραγίας. Για μεγαλύτερες περιοχές καθαρισμού σε ένα άκρο, τοποθετήστε έναν αιμοστατικό επίδεσμο πριν από τον καθαρισμό. Ανυψώστε το άκρο πριν από την τοποθέτηση του αιμοστατικού επιδέσμου για να διευκολύνετε την φλεβική επιστροφή και να μειώσετε την αιμορραγία. Παρακολουθήστε προσεκτικά τον χρόνο χρήσης του αιμοστατικού επιδέσμου και προσπαθήστε να διατηρήσετε τον συνολικό χρόνο χρήσης του <90 λεπτά.

Η άμεση πίεση σε ένα τραύμα, σε συνδυασμό με αιμοστατικό επίδεσμο, σταματά τις μικρές αιμορραγίες. Οι αιμοστατικοί επίδεσμοι πρέπει να εφαρμόζονται με άμεση πίεση για τουλάχιστον 3 λεπτά. Μερικές φορές, μπορεί να απαιτείται άμεση πίεση έως και 10 λεπτά.

Η σύσφιξη των αιμορραγούντων αγγείων αποτελεί προσωρινή αιμοστατική τεχνική που εφαρμόζεται από τον ιατρό. Κατά την εφαρμογή της λαβίδας, πρέπει να αποφευχθεί η σύνθλιψη των γύρω ιστών. Στη συνέχεια, το αιμορραγούν αγγείο μπορεί να υποβληθεί σε απολίνωση και δέσιμο.

Η ηλεκτροκαυτηρίαση σταματά την αιμορραγία καυτηριάζοντας τον ιστό και εφαρμόζεται από τον ιατρό. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καυτηρίαση αιμοφόρων αγγείων διαμέτρου έως 3 mm. Πρέπει να εντοπιστεί η αιμορραγούσα περιοχή, να συγκρατηθούν τα άκρα με μια λαβίδα και στη συνέχεια να εφαρμοστεί ηλεκτρικό ρεύμα.

Εάν η ενεργή αιμορραγία επιμένει μετά την άσκηση άμεσης πίεσης, η αιμόσταση πρέπει να επιτευχθεί με τη χρήση αιμοστατικού, απολίνωσης ή ραμμάτων. Η αιμόσταση ελέγχει την αιμορραγία, αποτρέπει τον σχηματισμό αιματώματος και επιτρέπει την λεπτομερή εξέταση του τραύματος. Το επόμενο βήμα είναι να προσδιοριστεί εάν έχουν υποστεί βλάβη αγγεία, τένοντες, νεύρα, αρθρώσεις, μύες ή οστά. Μπορεί να χρειαστεί αναισθησία για την επίτευξη αιμόστασης και την εξέταση του τραύματος. Ο νεκρωτικός ιστός σε ένα τραύμα πρέπει να εντοπίζεται και να αφαιρείται για να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης.

Εάν υπάρχει υποψία για ξένο σώμα (π.χ. σκόνη, ξύλο, γυαλί), αλλά δεν είναι δυνατό να εντοπιστεί οπτικά, τότε μπορεί να χρειαστεί ακτινογραφία, υπερηχογράφημα ή

αξονική τομογραφία. Περίπου το ένα τρίτο των ξένων σωμάτων μπορεί να μην εντοπιστεί κατά την αρχική εξέταση.

Χρόνος σύγκλεισης

Τα μη μολυσμένα τραύματα μπορούν να υποβληθούν σε σύγκλειση έως και 18 ώρες μετά τον τραυματισμό. Τα τραύματα στο κεφάλι μπορούν να επιδιορθωθούν έως και 24 ώρες μετά τον τραυματισμό. Παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα μόλυνσης περιλαμβάνουν τη μόλυνση του τραύματος, το μήκος τραύματος μεγαλύτερο από 5 cm, το τραύμα που βρίσκεται στα κάτω άκρα και τον σακχαρώδη διαβήτη.

Έκπλυση

Η έκπλυση καθαρίζει το τραύμα από υπολείμματα και μειώνει το βακτηριακό φορτίο. Για να μειωθεί το βακτηριακό φορτίο κάτω από το συνιστώμενο 105 οργανισμών ανά ml, απαιτούνται 50 έως 100 ml διαλύματος έκπλυσης ανά 1 cm μήκους του τραύματος. Η βέλτιστη πίεση για την έκπλυση είναι περίπου 5 έως 8 psi. Οι νοσηλεύτριες/ νοσηλευτές πρέπει να φορούν προστατευτικό εξοπλισμό, όπως γυαλιά, κατά τη διάρκεια της έκπλυσης. Στη συνέχεια γίνεται έκπλυση με το κατάλληλο διάλυμα για έκπλυση τραυμάτων, όπως αυτά που περιέχουν υποχλωριώδες οξύ (HOCl), πολυεξανίδη (PHMB), ή βεταΐνη.

Τύποι διαλυμάτων

Φυσιολογικός Ορός NaCl 0,9%.

Στείρο διάλυμα Water for Injection.

Υποχλωριώδες οξύ (HOCl): Βοηθά στην εξουδετέρωση μικροβίων και στην ενυδάτωση του ιστού με ελάχιστο ερεθισμό.

Πολυεξανίδη (PHMB): Εμποδίζει την ανάπτυξη μικροοργανισμών στο τραύμα και το διάλυμα.

Βεταΐνη: Συχνά συνδυάζεται με άλλα συστατικά για να βοηθήσει στην απομάκρυνση του βιοφίλμ (ένα μικροβιακό φιλμ που εμποδίζει την επούλωση) και να προωθήσει την επούλωση.

Αναλγησία

Τα τοπικά και ενέσιμα τοπικά αναισθητικά μειώνουν τον πόνο και μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό.

Για μικρότερα τραύματα, η άμεση ένεση τοπικού αναισθητικού στα όρια του τραύματος με 1% ή 2% ξυλοκαΐνη μπορεί να προσφέρει επαρκή αναλγητική δράση για την άνεση του ασθενούς.

Η μέγιστη δόση ξυλοκαΐνης χωρίς επινεφρίνη είναι 3 mg/kg (η ξυλοκαΐνη 1% περιέχει 10 mg/mL και η ξυλοκαΐνη 2% περιέχει 20 mg/mL).

Η μέγιστη δόση ξυλοκαΐνης με επινεφρίνη είναι 7 mg/kg.

Η επινεφρίνη που ενίεται με ξυλοκαΐνη μειώνει την αιμορραγία, αυξάνει τη διάρκεια της τοπικής αναισθητικής δράσης κατά τουλάχιστον 50% ανάλογα με την περιοχή και αυξάνει τη μέγιστη δόση.

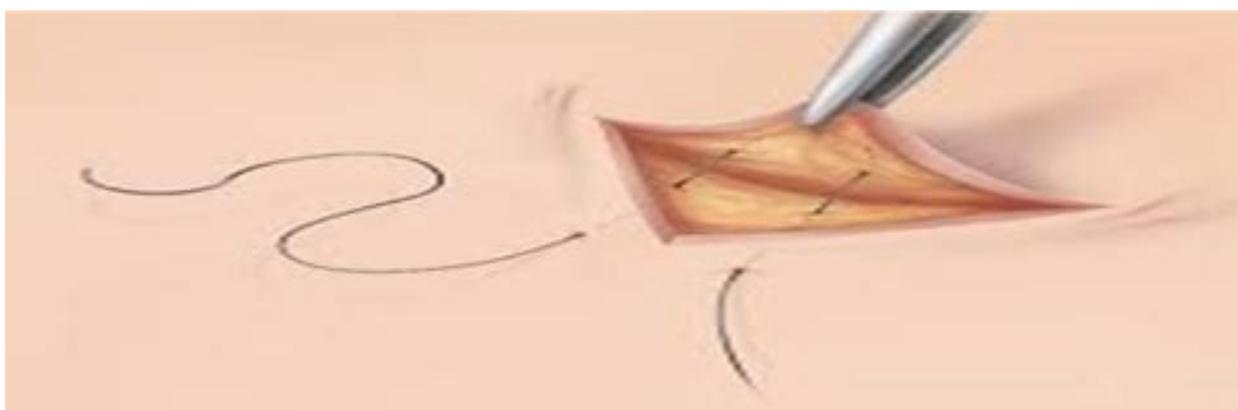
Η ένεση αναισθητικών που περιέχουν επινεφρίνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή στην άκρη της ρινός, στο ους, στο πέος, στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών, λόγω του πιθανού κινδύνου ισχαιμίας.

Η ρύθμιση της ξυλοκαΐνης με διττανθρακικό νάτριο σε αναλογία 9:1 (9 ml ξυλοκαΐνης με 1 ml διττανθρακικού), η διατήρηση της ξυλοκαΐνης σε θερμοκρασία δωματίου και η χρήση βελονών μικρότερης διαμέτρου μπορούν να μειώσουν την αίσθηση καύσου που σχετίζεται με την ένεση.

Το διττανθρακικό νάτριο ρυθμίζει την οξύτητα των τοπικών αναισθητικών, επιτρέποντας ταχύτερη έναρξη της αναλγητικής δράσης.

Τα περισσότερα τοπικά αναισθητικά λειτουργούν ανταγωνιζόμενα την αντλία νατρίου και διαταράσσοντας την αγωγή των αισθητήριων νεύρων. Τα τοπικά αναισθητικά ταξινομούνται ως εστέρες ή αμίδια με βάση τη χημική τους δομή. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα τοπικά αναισθητικά είναι σπάνιες.

Εάν έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση και διαθέτει μηχανήμα υπερήχων, ο ιατρός μπορεί να πραγματοποιήσει υπερηχογραφικά καθοδηγούμενες περιφερειακές αναλγησίες για εκείνα τα τραύματα στα οποία η τοπική αναισθησία δεν θα καταφέρει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τον πόνο κατά τη διάρκεια της περιποίησης του τραύματος.

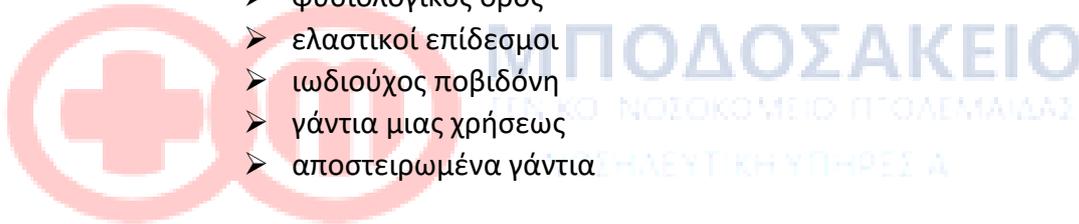


Πραγματοποίηση συρραφής του τραύματος

Τα υλικά για τον καθαρισμό είναι γάντια μιας χρήσεως, αποστειρωμένες γάζες, φυσιολογικός ορός και ιωδιούχος ποβιδόνη. Τα υλικά για την εφαρμογή τοπικής αναισθησίας είναι αποστειρωμένα γάντια (καταλλήλου μεγέθους), αποστειρωμένο πεδίο, σύριγγα διαφόρων μεγεθών, βελόνα 23G και υγρή ξυλοκαΐνη. Τα υλικά για την συρραφή του τραύματος τοποθετούνται στο τραπέζι μαγο με άσηπτη τεχνική.

Το set συρραφής χειρουργικού τραύματος περιλαμβάνει:

- ράμματα διαφόρων μεγεθών,
- νυστέρια με λαβή ή χωρίς,
- αιμοστατική λαβίδα,
- χειρουργικό πεδίο
- χειρουργικό πεδίο με σπή
- βελονοκάτοχο
- γάζες αποστειρωμένες
- αυτοκόλλητα επιθέματα
- ταινίες σύγκλεισης τραυμάτων
- φυσιολογικός ορός
- ελαστικοί επίδεσμοι
- ιωδιούχος ποβιδόνη
- γάντια μιας χρήσεως
- αποστειρωμένα γάντια



Πραγματοποίηση συρραφής του τραύματος

Η χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού π.χ. γάντια, αποστειρωμένα ποδιά, γυαλιά προστατεύει τόσο τους ασθενείς όσο και το υγειονομικό προσωπικό από τη μετάδοση ασθενειών μέσω του αίματος.

Το ιδανικό υλικό για σύγκλειση τραυμάτων πρέπει να παρέχει εξαιρετική αντοχή σε εφελκυσμό, να είναι εύκολο στη χρήση, να αντιστέκεται σε δευτερογενείς λοιμώξεις και να μην προκαλεί αντίδραση στους ιστούς.

Είδη Ραμμάτων

Απορροφήσιμα ράμματα

- Αποικοδομούνται ταχέως στον ιστό
- Χάνουν το 50% της αντοχής τους μέσα σε 1-4 εβδομάδες ανάλογα με το υλικό
- Κατάλληλα για βαθιά τραύματα του δέρματος, του βλεννογόνου, της περιτονίας και του υποδόριου
- Συνήθως δεν απαιτείται αφαίρεσή τους

Μη – απορροφήσιμα ράμματα

- Διατηρούν > 50% της αντοχής τους για αρκετά χρόνια
- Κατάλληλο για επιφανειακή ή ενδοδερμική ραφή και απολίνωση αγγείων

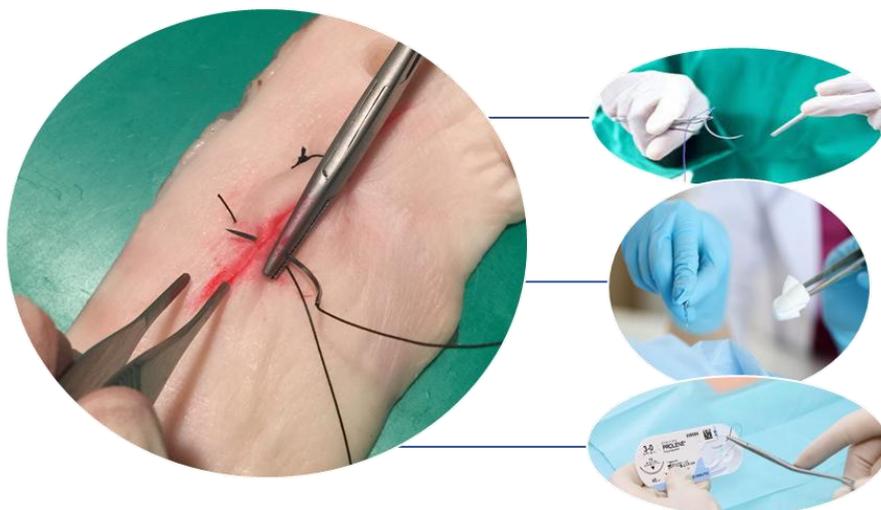
Επομένως, στα θλαστικά τραύματα του δέρματος χρησιμοποιούνται συνήθως μη-απορροφήσιμα ράμματα.

Το πάχος του ράμματος αποτελεί συνδυασμό 2 αριθμών (π.χ. 3/0, 5/0). Όσο αυξάνεται ο πρώτος αριθμός, το πάχος του νήματος μειώνεται (ράμμα 10-0 χρησιμοποιείται σε οφθαλμολογικά χειρουργεία).

Ανάλογα με το μέρος του σώματος που τοποθετηθούν τα ράμματα ποικίλει τόσο το πάχος του ράμματος όσο και ο χρόνος αφαίρεσής τους .

Ενέργεια	Αιτιολόγηση
Συγκέντρωση απαραίτητων υλικών. Καθαρισμός & περιποίηση τραύματος.	Μείωση χρόνου. Πρόληψη λοιμώξεων με απομάκρυνση ξένων σωμάτων και βακτηρίων.
Αναλγησία. Συρραφή τραύματος	Ανεκτικότητα του ασθενή στον πόνο . Σύγκλειση των χειλέων του τραύματος για αιμόσταση και αποκατάσταση του σημείου.
Περιποίηση του τραύματος μετά την Συρραφή. Αντιτετανικός ορός ή εμβόλιο ανάλογα με ιατρικές οδηγίες .	Πρόληψη λοιμώξεων Προφύλαξη του ασθενή από ανεπιθύμητα συμβάντα
Απόρριψη των χρησιμοποιούμενων υλικών Οδηγίες στον ασθενή	Πρόληψη τραυματισμών και λοιμώξεων Πρόληψη επιμόλυνσης τραύματος & δημιουργίας ουλής

Είδη Ραφής



Υπάρχουν 2 βασικά είδη ραφής για την σύγκλειση του δέρματος

- ο Απλή (διακεκομμένη ή συνεχής) σε απλά και σχετικά αβαθή τραύματα
- ο Matress ή κατά Donati (απλή ή συνεχόμενη) σε βαθιά, ευρέα τραύματα & περιοχές με μεγάλη τάση (π.χ. μηρός, γόνατο)

Περιποίηση μετά την συρραφή του τραύματος

Τοποθετήστε στο επιδιορθωμένο τραύμα (εκτός από το πρόσωπο και το κρανίο) επίδεσμο. Η χρήση επιθεμάτων και τοπικών αντιβιοτικών αποτρέπει την ξήρανση του τραύματος, η οποία εμποδίζει την επανεπιθηλιοποίηση. Δώστε οδηγίες στον ασθενή να αλλάζει το επίθεμα καθημερινά.

Αξιολογήστε την κατάσταση του ασθενούς όσον αφορά τον εμβολιασμό κατά του τετάνου. Χορηγήστε προφύλαξη κατά του τετάνου σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες (τοξοειδή τετάνου και διφθερίτιδας σε παιδιά και τοξοειδές τετάνου, μειωμένο τοξοειδές διφθερίτιδας και ακυτταρικό εμβόλιο κοκκύτη σε ασθενείς ηλικίας 19 έως 64 ετών) εάν η τελευταία δόση χορηγήθηκε πριν από 10 χρόνια. Για μολυσμένα ή εκτεταμένα τραύματα, το συνιστώμενο διάστημα χορήγησης είναι 5 έτη. Η ανοσοσφαιρίνη κατά του τετάνου πρέπει επίσης να χορηγείται σε ασθενείς με σοβαρά μολυσμένα ή εκτεταμένα τραύματα, εάν δεν έχει χορηγηθεί προηγουμένως προφύλαξη κατά του τετάνου.

Τα αντιβιοτικά μπορεί να είναι ωφέλιμα σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως σε ασθενείς με σοβαρά μολυσμένα τραύματα, τραύματα από σύνθλιψη, ανοιχτά κατάγματα, τραύματα τενόντων, τραύματα από δήγματα ζώων ή σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή και συνταγογραφούνται από τον ιατρό αναλόγως.

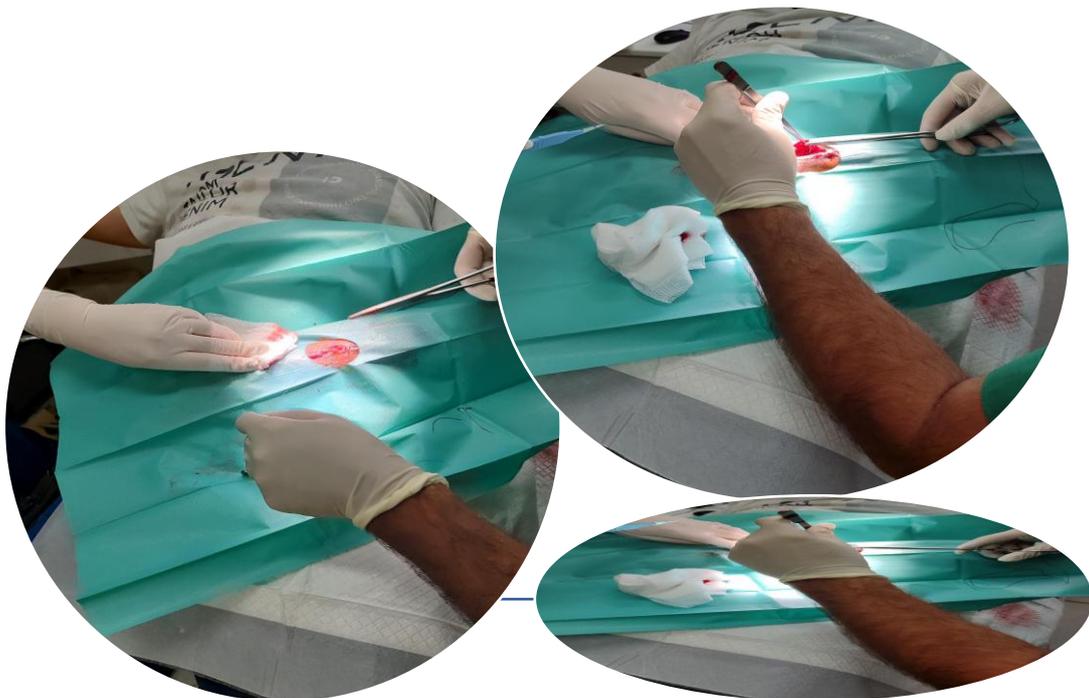
Οδηγίες μετά την συρραφή του τραύματος

Δίνονται στον ασθενή γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του τραύματος, συμπεριλαμβανομένων των τρόπων αναγνώρισης των σημείων λοίμωξης, να διατηρεί το τραύμα στεγνό για 12 έως 24 ώρες, να εφαρμόζει σωστά τα επίθεματα και τις τοπικές κρέμες και να αποφεύγει την έκθεση του επουλωμένου τραύματος σε άμεσο ηλιακό φως για 6 έως 12 μήνες, καθώς η έκθεση αυτή μπορεί να προκαλέσει υπερχρωματισμό της ουλής.

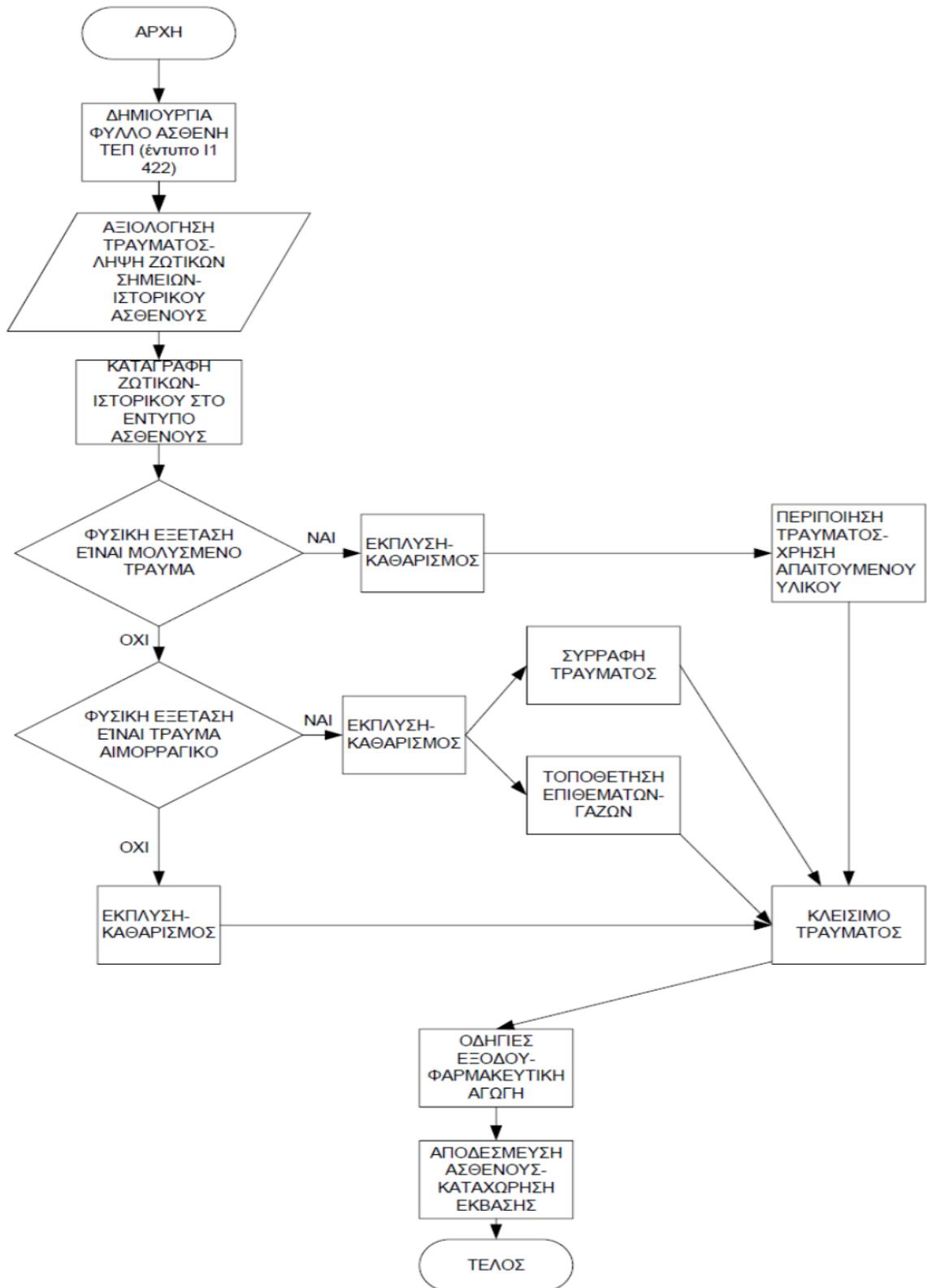
Οι προγραμματισμένες αλλαγές επιδέσμων είναι απαραίτητες για να εξασφαλιστεί η σωστή επούλωση και η αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Το σχέδιο περίδεσης πρέπει να περιλαμβάνει προγραμματισμένες αλλαγές με ιατρό, τα υλικά που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν, καθώς και την αναληψία.

Ο χρόνος αφαίρεσης των ραμμάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη θέση του τραύματος. Τα ράμματα στο πρόσωπο πρέπει να αφαιρούνται εντός 5 ημερών για να αποφευχθεί η δημιουργία ουλών. Τα ράμματα που τοποθετούνται στο κρανίο, τον κορμό, τα χέρια, τα πόδια ή τα χέρια πρέπει να αφαιρούνται εντός 7 έως 10 ημερών. Τα ράμματα που βρίσκονται πάνω από αρθρώσεις είναι προτιμότερο να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πρέπει να αφαιρεθούν σε 10 έως 14 ημέρες.

Οι πρώιμες επιπλοκές της αποκατάστασης τραυμάτων περιλαμβάνουν λοίμωξη και διάνοιξη του τραύματος. Πρέπει να προγραμματιστεί πρώιμη παρακολούθηση με έλεγχο του τραύματος σε 24 έως 48 ώρες, εάν υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης αυτών των επιπλοκών κατά τη στιγμή της αρχικής αποκατάστασης.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ





Άφιξη ασθενή με τραύμα

Ο ασθενής προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με λύση της συνέχειας του δέρματος.

- Άμεσες προτεραιότητες: λήψη ζωτικών σημείων, αξιολόγηση του πόνου, της αιμορραγίας και των πιθανών απειλητικών για τη ζωή τραυματισμών.

2. Αρχική αξιολόγηση

- Ιστορικό: Διερεύνηση του τρόπου και του χρόνου που συνέβη ο τραυματισμός και αν υπάρχουν αλλεργίες (ειδικά σε αναισθητικά ή αντιβιοτικά).

- Φυσική εξέταση: Εξέταση από τον ιατρό του τραύματος για βάθος, μόλυνση, αιμορραγία και σημάδια βλάβης σε νεύρα, αγγεία ή τένοντες.

3. Το τραύμα είναι μολυσμένο ή όχι;

- Ναι: Εάν το τραύμα είναι ήδη μολυσμένο (π.χ. τραυματισμοί σε αγρόκτημα, τραύματα από δήγματα), η πρωτογενής σύγκλειση αντενδείκνυται. Αυτά τα τραύματα μπορεί να απαιτούν:

- ο Έκπλυση και καθαρισμό
- ο Καθυστερημένη σύγκλειση ή επούλωση με δευτερογενή πρόθεση
- ο Αντιβιοτικά

- Όχι: Καθαρισμός και προετοιμασία του τραύματος.

4. Εκπλύστε και καθαρίστε το τραύμα

- Χρησιμοποιήστε διάλυμα έκπλυσης τραυμάτων για να ξεπλύνετε τα υπολείμματα και τα βακτήρια.

- Αφαιρέστε τυχόν νεκρό ιστό & ξένα σώματα.

- Αυτό το βήμα είναι κρίσιμο για την πρόληψη της λοίμωξης και την προώθηση της επούλωσης.

5. Επίτευξη αιμόστασης

- Χρήση:

- Άμεσης πίεσης

- ο Απολίνωσης αγγείων από ιατρό
- ο Καυτηρίασης από ιατρό
- Η αιμόσταση εξασφαλίζει ένα καθαρό πεδίο για τη συρραφή και μειώνει τον κίνδυνο αιματώματος.

6. Χορήγηση αναισθησίας

- Χρήση τοπικών αναισθητικών, όπως η ξυλοκαΐνη.
- Πάντα να γίνεται αναρρόφηση πριν από την ένεση από τον ιατρό για να αποφευχθεί η ενδοαγγειακή χορήγηση.

7. Αξιολόγηση του βάθους και της θέσης του τραύματος

- Προσδιορισμός αν το τραύμα περιλαμβάνει:
 - ο Μόνο δέρμα και υποδόριο ιστό → απλή σύγκλειση
 - ο Βαθύτερες δομές (μύες, τένοντες, νεύρα) → ενδέχεται να χρειαστεί σύγκλειση σε στρώσεις

8. Επιλέξτε τη μέθοδο σύγκλεισης

- Με βάση τον τύπο, τη θέση και την ένταση του τραύματος:

- ο Ράμματα
- ο Συρραπτικά
- ο Κολλητικές ταινίες

9. Σύγκλειση τραύματος

- Χρήση κατάλληλης τεχνικής:

1. Απορροφήσιμα ράμματα

- Για τους εν τω βάθει ιστούς και τα εσωτερικά όργανα

2. Μη Απορροφήσιμα

- Για το δέρμα

10. Εφαρμογή επιδέσμου

- Κάλυψη με αποστειρωμένο, μη προσκολλητικό επίδεσμο.
- Εξέταση του ενδεχομένου χρήσης αντιβιοτικής αλοιφής για εκτεθειμένες περιοχές ή τραύματα υψηλού κινδύνου.

11. Οδηγίες εξόδου

- Ενημερώστε τον ασθενή σχετικά με:
 - ο Φροντίδα του τραύματος (καθαρισμός, αλλαγή επιδέσμων)

- ο Σημάδια λοίμωξης (ερυθρότητα, οίδημα, πύον)
- ο Περιορισμοί δραστηριότητας
- ο Διαχείριση πόνου

12. Προγραμματίστε επανέλεγχο για αφαίρεση ραμμάτων

- Ο χρόνος εξαρτάται από την τοποθεσία:
 - ο Πρόσωπο: 3–5 ημέρες
 - ο Κρανίο: 7–10 ημέρες
 - ο Άκρα: 10–14 ημέρες
 - ο Αρθρώσεις: 10–14 ημέρες
- Έλεγχος για σωστή επούλωση και ελαχιστοποίηση των ουλών.

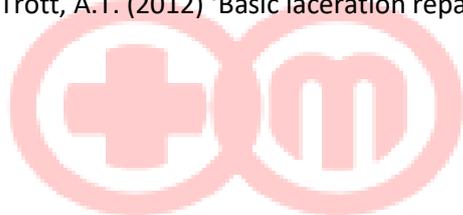


ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ
ΕΝ ΚΟΙΝΩΣΚΟΜΕΙΟ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ



Βιβλιογραφία

- Capellan, O. and Hollander, J.E. (2003) 'Management of Lacerations in the emergency department', *Emergency Medicine Clinics of North America*, 21(1), pp. 205–231.
- Mankowitz, S.L. (2017) Laceration management, *The Journal of Emergency Medicine*, 53(3), pp. 369–382.
- Milan, S. (2018) 'Suturing Skin Lacerations', *Urgent Procedures in Medical Practice*, pp. 9–9.
- Neves, G., de Oliveira, A., Tomasich, F., Nasr, A., Collaço, I., et al. Treatment of Cutaneous Traumatic Wounds in the Emergency Room: What Makes Difference? *Journal of Bioanalysis & Biomedicine*, 2013, 05 (5), pp.130-132.
- Otterness, K. and J Singer, A. (2019) 'Updates in emergency department laceration management', *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 6(2), pp. 97–105.
- Prevaldi, C. et al. (2016) 'Management of traumatic wounds in the emergency department: A secondary publication', *Emergency Care Journal*, 12(2), pp. 5906.
- Rapp, J. et al. (2017) 'Acute traumatic wound management in the prolonged field care setting', *Journal of Special Operations Medicine*, 17(2), p. 132.
- Trott, A.T. (2012) 'Basic laceration repair', *Wounds and Lacerations*, pp. 107–120.



ΜΠΟΔΟΣΑΚΕΙΟ
ΓΕΝ. ΚΟΙΝΩΝΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΟΛΕΜΑΙΔΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΚΗ. ΥΠΗΡΕΣ. Α.