

# De open behandeling van de geïnfecteerde buik, deel II

## Inleiding

**In het eerste artikel over de open behandeling van de geïnfecteerde buik is uitvoerig ingegaan op de nieuwe methode van wondverzorging. In dit artikel wordt besproken het gebruik van spoelvoeistof, de open buik behandeling plus de aanwezigheid van een stoma, de wondgenezing, de patiëntenbegeleiding en een onderzoek naar de frequentie van de verbandwisselingen.**

(Kritiek 1991; 2: 2-5)

### J.T.M.

#### Weststrate,

Intensive Care  
Verpleeg-  
kundige

Academisch  
Ziekenhuis  
Dijkzicht,  
Intensive Care  
voor Chirurgie,  
Dr. Molewater-  
plein 40, 3015  
GD Rotterdam

### A.L. Los,

Intensive Care  
Verpleeg-  
kundige

Academisch  
Ziekenhuis  
Utrecht,  
Intensive Care  
voor Chirurgie,  
Heidelberglaan  
100, 3584 CX  
Utrecht

### G.R. de

#### Zeeuw, Arts

Assistent  
Chirurgie  
Academisch  
Ziekenhuis  
Dijkzicht,  
Afdeling  
Chirurgie. Dr.  
Molewaterplein  
40, 3015 GD  
Rotterdam

De verpleegkundige zorg voor een patiënt met een open buik behandeling is niet eensluidend te noemen. Elke wond is anders, het vraagt eigen inzicht en zelfs creativiteit van de verpleegkundige. Vaak moet men uitproberen wat een doeltreffende methode is voor de soms zeer moeilijk te verbinden wond. Het is ondoenlijk om alle voorkomende wonddiversiteiten uitgebreid te vermelden. Twee veel voorkomende situaties willen wij beschrijven.

### De opengelaten buikwond met een ileostoma en/of colonstoma naast de wond

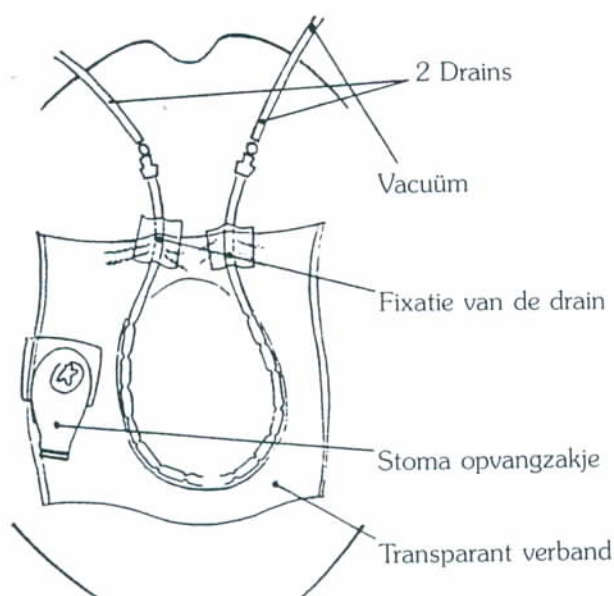


Fig. 1 De opengelaten buikwond met een colonstoma naast de wond.

Voor een goed resultaat wordt de huid, na het spoelen van de buikholte, zorgvuldig gedroogd. Rond het stoma wordt een Stomahesive® plak met ring aangebracht. Hierna wordt een groot formaat Opsite® over de buikwond plus het stoma geplakt. Op de plaats van het stoma wordt in het Opsite® een opening gemaakt waardoor het mogelijk wordt hierop het stoma-opvangzakje aan te sluiten (zie figuur 1). Verder wordt de wond volgens de eerder beschreven nieuwe methode gedraineerd.

### De opengelaten buikwond met een fistel in de wond

Het is ongewenst dat het excudaat van een fistel in de wond loopt. De procedure om dit te voorkomen is als volgt. Na het spoelen van de buik wordt de wond afgeplakt zoals eerder beschreven. Als de zuig-drainage aangesloten is wordt er op de plaats van het fistel, in het Opsite® verband een kleine opening gemaakt. Op deze plaats wordt een speciaal fistel-opvangzakje geplakt. Er ontstaat geen lekkage van

fistelexcudaat in de wond zolang het vacuüm-systeem aangesloten blijft.

### Spoelvoeistof

Het éénmalig spoelen en reinigen van de buik wordt gedaan met fysiologisch zout 0.9%, dat wordt verwarmd tot  $\pm 37^\circ\text{C}$ . Bij de gegeneraliseerde vorm van peritonitis kan het ook noodzakelijk zijn de buikholte met een desinfectans te behandelen. Hiervoor kan Taurolin 0.5% worden gebruikt. Hiervan wordt, na het spoelen met fysiologisch zout, een hoeveelheid (100-200 ml.) achtergelaten in de buik.

### Wondgenezing

Als de conditie van de patiënt snel verbetert dan kan de open gelaten buikwond worden gesloten. Op de operatiekamer vindt een laatste buikspoeling plaats en de buik wordt gehecht op de buitenste huidlaag na, deze granuleert in korte tijd dicht. Herstelt de patiënt zeer langzaam dan wordt de buikwond niet operatief gesloten maar sluit deze zich met granulatie weefsel. De littekenbreuk die hierdoor ontstaat

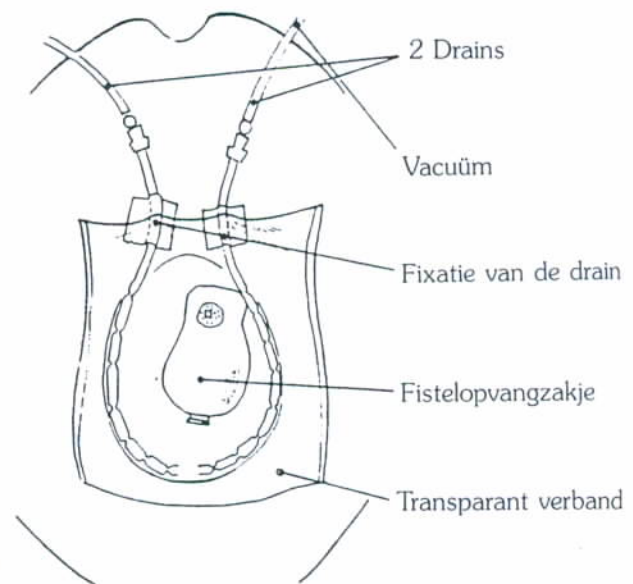


Fig. 2 De opengelaten buikwond met een fistel in de wond.



is maar zelden een probleem voor de patiënt. Indien deze breuk klachten geeft, wordt deze in een later stadium operatief gecorrigeerd.

### Patiënten begeleiding

In de praktijk blijkt dat na het wakker worden van de patiënt uit de narcose de confrontatie met een open buikwond shockerend is. Veel aandacht van de verpleegkundige moet dan ook worden besteed aan het uitleggen waarom de buik is open gelaten en hoe dat deze weer gesloten kan worden. Het is belangrijk de familieleden van de patiënt hierbij te betrekken.

### Het onderzoek

Naar aanleiding van deze nieuwe methode hebben we onderzocht hoe lang Opsite® op de buik van de patiënt blijft zitten. Bepaald werd het aantal verbandwisselingen per patiënt gedurende de tijd dat de buik met het Opsite® werd behandeld, de reden van de verbandwisseling, de gemiddelde hoeveelheid geproduceerd wondvocht en of de buikwond gespoeld werd met spoelvloeistof. Het onderzoek werd retrospectief uitgevoerd bij 12 patiënten (3 vrouwen en 9 mannen) van de Intensive Care Heelkunde in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam.

### Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 52 jaar. Het verblijf in het ziekenhuis varieerde van 24 tot 200 dagen met een gemiddelde opnameduur van 96 dagen. Vijftig procent van deze tijd werd doorgebracht op de Intensive Care afdeling (8-118 dagen). Gemiddeld was het elke 5 dagen nodig het chirurgisch folie te verwisselen. Op een totaal van 363 "verbanddagen" waren 35 verbandwisselingen nodig in verband met lekkage (zie tabel 1). Na correctie van het aantal verbandwisselingen, i.v.m. operatie, bedroeg dit 8 dagen. De tijd dat twee verpleegkundigen

pat.	aantal dagen met open-buik	aantal verbandwisselingen	reden van verbandwisselingen	aantal
1	22	3	lekkage	1
			operatie	1
			wondinspectie	1
2	49	8	lekkage	5
			operatie	1
			wondinspectie	1
3	40	8	lekkage	5
			operatie	3
			verstopte drain	1
4	8	2	lekkage	1
			operatie	1
6	50	16	lekkage	12
			operatie	3
			voeding	1
7	11	12	lekkage	8
			operatie	1
			voeding	1
8	21	1	wondinspectie	2
			voeding	1
			lekkage	1
9	68	2	voeding	1
			lekkage	1
10	56	6	lekkage	1
			operatie	5
11	16	1	operatie	1
12	8	2	operatie	2
totaal	363	63		63

Tabel 1. Frequentie en redenen van verbandwisselingen

bezig waren met het aanleggen van het verband bedroeg ongeveer 45 min. (in het A.Z.R. worden de wondranden altijd profylactisch beschermd met op maat geknipte Stomahesive®). Vier maal was verdere exploratie nodig via de open gelaten buik en werd enterale voeding gegeven via een darmfistel.

Tabel 2 laat de vochtbelasting zien voor het chirurgisch folie. Wanneer de belasting meer dan 2500 ml./24 uur werd trad er sneller lekkage op.

### Discussie

Uit deze cijfers blijkt dat het aantal verbandwisselingen

duidelijk minder is dan bij het gebruik van de methode waarbij in fysiologisch zout 0,9% gedrenkte gazen op de opengelaten buik werden gelegd. Daarnaast levert deze nieuwe methode alle voordelen die in ons eerste artikel al zijn genoemd.

### Slot

Het zal duidelijk zijn dat deze verbandmethode meer patiënt-vriendelijk is dan de conventionele methode. Deze verbandmethode is de laatste 8 jaar in de beide ziekenhuizen ontwikkeld en geperfectioneerd. De voordelen van deze methode voor de patiënt blijken uit de praktijk. De tijd die

de verpleegkundige nodig heeft om dit verband aan te leggen, blijkt goed geïnvesteerd gezien het feit dat het verband vijf dagen intact blijft. Desondanks mag het kostenaspect niet uit het oog worden verloren.

Na ontslag uit het ziekenhuis blijkt dat er op psychologisch en sociaal gebied nog erg veel te overwinnen is. Het accent bij een verdere evaluatie van deze verbandmethode ligt dan ook op de nazorg.

pat.	gem. wondvocht produktie	spreiding van de produktie	is de wond gespoeld
1	880	200 - 2450	ja
2	940	175 - 2400	ja
3	1600	110 - 4400	ja
4	1000	30 - 2550	nee
5	100	0 - 40	nee
6	900	200 - 4500	nee
7	3000	1900 - 5050	ja
8	40	5 - 200	nee
9	200	0 - 450	ja
10	2775	300 - 8400	nee
11	2540	300 - 2900	nee
12	700	150 - 1500	nee

Tabel 2. Vochtbelasting van het folie.

## Literatuur

1. Obertop H, Gegeneraliseerde peritonitis. Open buik behandeling (OBB) 1990; 325-32; Stichting Venti-Care: Utrecht.
2. Bruining HA, Rooyen van W. Syllabus: Nascholingscursus voor chirurgen Intensive Care, 1982.
3. Meehan PA, Mayz EJ. Nursing management of an open abdominal wound. Critical Care Nurse 8;4:29-34
4. Shein M, Saadia R, Decker GA. The open management of the septic abdomen. Surgery, Gynecology & Obstetrics 1986; 163:587-92
5. Brandley HL, Fulenwider JT. Open treatment of pancreatic abscess. Surgery, Gynecology & Obstetrics 1984; 159:509-13
6. Penninckx FM, Kerremans RP, Lauwers PM. Planned relaparotomies in the surgical treatment of severe generalized peritonitis from intestinal origin. World J. Surg. 1983; 7:762-6
7. Goris RJA. Ogilvie's method applied to infected wound disruption. Arch Surg. 19980; 115:1103-7
8. Maetani S, Takayoshi T. Open peritoneal drainage as effective treatment of advanced peritonitis. Surg. 1981; 90:805-9
9. Ivatury RR, Nallathambi M, Prakashchandra MR, et al. Open management of the septic abdomen: Therapeutic and prognostic considerations based on APACHE II. Crit Care Med, 1989; 511-517.
10. Mughal MM, Brancewicz J, Irving MH. 'Laparostomy': a technique for the management of intractable intra-abdominal sepsis. Br J Surg, 1986; 73:253-9.