

# Sårsmarter hos patienter med kroniske ben- og fodsår.

## Del 2: Behandling af sårsmarter

Denne artikel er den anden af i alt to artikler, som omhandler kortlægning og behandling af sårsmarter. I artikel 2 får læserne grundlæggende viden om systemisk, lokal og ikke-medicinsk sårsmertebehandling og om behandlingsvalg på grundlag af en struktureret smertekortlægning og -vurdering. Behandling af sårsmarter bygger på grundprincipperne fra Verdenssundhedsorganisationen WHO's smertetrappe.

Sygeplejersken 2014 ; (7): 83-92. Sygeplejefaglige artikler

Tone Marte Ljoså , Smertesygeplejerske, førsteamanuensis, ph.d.

Stina Gundersen , dermatologisk sygeplejerske, B.Sc.

Edda Johansen , sygeplejerske, lektor

### Denne artikel er nr. 2 af to artikler om sårsmarter hos patienter med kroniske ben- og fodsår

Læs den første artikel "Sårsmarter hos patienter med kroniske ben- og fodsår. Del 1: Struktureret kortlægning og vurdering af sårsmarter" i [Sygeplejersken 2014;\(6\):65-74](#)

## Introduktion

Sårsmarter er et af de mest almindelige og mest plagsomme symptomer ved bensår. Denne type smerter kan føre til lidelse, nedsat aktivitet og mobilitet (3) og dårligere livskvalitet (4). Nyere forskning indikerer, at ubehandlede sårsmarter kan have en negativ indvirkning på sårheling (5), og at de kan være årsag til, at patienten ikke kan klare at samarbejde eller følge den anviste sårbehandling (6,7). Patienters sårsmarter bliver ofte behandlet utilstrækkeligt, og dette kan skyldes mangel på viden og færdigheder hos sundhedspersonalet (8), mangelfuld dokumentation og kommunikation mellem forskellige behandlere, samt at patienterne har indvendinger mod og er bange for at anvende analgetika (9).

Sårsmarter aftager, når såret heler, og årsagen til såret, f.eks. iskæmi eller ødemer, bliver behandlet. Sårheling kan imidlertid tage lang tid, og de underliggende årsager kan ikke altid behandles (9,10). Denne artikel fokuserer på lindrende tiltag og behandlinger målrettet mod sårsmarterne. Lokal sårbehandling eller behandling af grundlidelser omtales ikke. Effektiv sårsmertebehandling er baseret på en grundig kortlægning og vurdering af sårsmarterne (6). Valget af smertebehandling og eventuelle ændringer i smertebehandlingen bør foretages på grundlag af information om typen af sårsmarter, forekomst af hypersensibilitet, smerteintensitet, smertebeskrivelse, smertelokalisering, tidsmønster for smerterne, deres indvirkning på funktion samt faktorer, som lindrer eller forværrer (1). Forfatterne anbefaler derfor, at rådene om smertebehandling i artikel 2 anvendes i kombination med informationen om struktureret kortlægning og vurdering af sårsmarter i artikel 1 ([Sygeplejersken 2014;\(6\):65-75](#)).

## Metode

Litteraturen, som artiklen bygger på, er fundet ved struktureret søgning i databaserne CINAHL og Medline med forskellige kombinationer af følgende søgeord: Pain, chronic wounds, leg ulcer, foot ulcer, diabetic foot, wound assessment, pain assessment, pain management og quality of life. Der er endvidere foretaget manuel søgning efter relevante konsensusdokumenter og guidelines udgivet af European Wound Management Association (EWMA), World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) og Scottish

Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Derudover er der fundet kilder og forfattere, som artikler ofte henviser til, ved søgning i PubMed. Der er også benyttet grundlæggende litteratur om smerter.

## Sygeplejerskers rolle

Sygeplejersker har en nøglerolle i forhold til behandling af smerter hos patienter med sår, fordi sygeplejersker ofte står for at udføre bandageskift og yde pleje til denne patientgruppe. Det er lægens opgave at diagnosticere og ordinere analgetika, men sygeplejersker kan kortlægge og vurdere sårsmarter og på eget initiativ igangsætte smertelindrende tiltag i relation til bandagevalg, håndtering af såret og allerede ordinerede analgetika. Sygeplejersker har også en unik mulighed for at følge op på virkningen af igangsat smertebehandling og informere og rådgive læger og patienter om nødvendige ændringer i medicineringen.

## Generelt om behandling af sårsmarter

Sårsmarter kan behandles med

1. systemisk behandling
2. lokalbehandling
3. ikke-medicinsk behandling

Behandlingen skal tilpasses individuelt til den enkelte patient. Der er forsket en del i forskellige tiltag til behandling af sårsmarter, men der er fortsat behov for flere og større studier med henblik på at få kortlagt virkningen af sårsmertebehandling (1,5).

## Systemisk sårsmertebehandling

Information fra smertekortlægning såsom intensitet og smertetype giver en indikation af, hvilken form for analgetika der bør afprøves hos en given patient. WHO's smertetrappe er en overskuelig og enkel model til valg af analgetika baseret på sårsmarternes intensitet (1,2), se figur 1. Ifølge modellen kan lette til moderate smerter behandles med paracetamol og NSAID. Lette sårsmarter bør dog ikke behandles medicinsk, hvis smerterne ikke er plagsomme for patienten. Moderate smerter kan behandles med svage opioider, paracetamol og NSAID, enten som monoterapi eller i kombination. Stærke smerter bør behandles med stærke opioider og helst i kombination med paracetamol eller NSAID (11) (se figur 1).

Figur 1. Modificeret udgave af WHO's smertestige tilpasset patienter med sårsmarter: behandlingsforslag



Klik på figuren for større visning

Kombinationen af paracetamol og NSAID kan give god smertelindring ved moderate smerter. Paracetamol og/eller NSAID i kombination med opioider kan reducere behovet for opioider og dermed give færre bivirkninger end ved højere opioiddoser. Når det generelt ikke anbefales at kombinere svage og stærke

opioider, skyldes det, at deres virkninger ikke menes at supplere hinanden. Kombination af forskellige stærke opioider bør begrænses, fordi behandlingen kan blive uoverskuelig og vanskelig at vurdere. Paracetamol tolereres som regel godt, når blot patientens leverfunktion er normal.

Ved nedsat leverfunktion og høj alder bør dosen af paracetamol være højst 3 g dagligt for at undgå skadelige virkninger. NSAID bør også anvendes med forsigtighed hos ældre patienter. Patienter med tidligere eller eksisterende hjerte-kar-sygdomme og mavesår bør som udgangspunkt ikke få NSAID, fordi disse lægemidler kan føre til nye tilfælde eller forværre disse sygdomstilstande (12,13).

På alle smertetrappens trin kan patienter med sårsmarter behandles med adjuverende analgetika i form af antidepressiva og antiepileptika mod neuropatiske smerter. Desuden kan lokal sårsmertebehandling og ikke-medicinske behandlingsalternativer kombineres med medicin, uanset om patienten har lette, moderate eller stærke smerter.

Typen af smerter, dvs. om patientens smerter er nociceptive, inflammatoriske eller neuropatiske, giver en indikation af, hvilken form for analgetikum der bør gives. Nociceptive og inflammatoriske smerter lindres som regel effektivt med paracetamol, NSAID, svage opioider og stærke opioider. Neuropatiske smerter kan lindres med opioider, tricykliske antidepressiva og antiepileptika (2), men responderer dårligt på paracetamol og NSAID. Hos patienter med plagsomme sårsmarter, der er svære at lindre, bør en smertespecialist involveres i smertebehandlingen (1).

Smertebehandlingen kan indebære, at man må prøve sig frem, fordi de anvendte lægemidler ikke giver tilfredsstillende lindring eller giver for ubehagelige bivirkninger ved den smertelindrende dosis. Dermed er det essentielt, at de involverede sundhedspersoner arbejder tæt sammen med patienten for at opnå optimal smertelindring.

## Stop og tænk

1. I hvilket omfang benyttes der lokal sårsmertebehandling i form af Xylocain-gel, Emla-creme eller morfingel på din arbejdsplads?
2. Hvilke erfaringer har du med, at lokal sårsmertebehandling, alene eller i kombination med anden behandling, har reduceret patienters baggrundssmerter og/eller procedurerelaterede smerter? Vurdér din egen praksis. Findes der et struktureret dokumentationssystem for sårsmarter på din arbejdsplads? Har alle involverede sundhedspersoner i givet fald adgang til dette dokumentationssystem?

### *Administration af systemisk smertebehandling*

Valget af administrationsmåde for analgetika kan bl.a. baseres på information om sårsmarternes tidsmønster, altså hvordan smerterne varierer over døgnet. Valgmulighederne omfatter langtids-, korttids- og hurtigtvirkende medicin, og det skal også vurderes, om medicinen bør administreres i lige store doser fordelt over døgnet, på faste tidspunkter af døgnet eller efter behov. Har patienten konstante baggrundssmerter, bør der administreres langtidsvirkende medicin (virkningstid: 12-24 timer eller 3-7 dage).

Der kan eventuelt administreres korttidsvirkende medicin (virkningstid: 4-6 timer) på faste tidspunkter og med tilstrækkeligt korte tidsintervaller, således at det undgås, at sårsmarterne forværres mellem doseringerne. Har patienten tilfælderelaterede eller procedurerelaterede sårsmarter af relativt kort varighed (< 4 timer), bør der administreres korttidsvirkende medicin efter behov. Fuld lindrende virkning af analgetika administreret

peroralt indtræder som regel efter 60-90 minutter, og analgetika bør derfor administreres i god tid før forventede smerter ved sårskift eller aktivitet.

Ved forventning om stærke og kortvarige procedurerelaterede smerter bør der gives hurtigt- og korttidsvirkende medicin (intravenøse opioider, lokalanalgetika injiceret eller i gel- eller cremeform), så der kan opnås smertelindring inden for få minutter. Til patienter, som plages af sårsmarter om natten og ikke i dagtimerne, kan der gives et langtidsvirkende lægemiddel (med højst 12 timers virkningstid) om aftenen.

Det vil sikre smertelindring om natten og forhindre, at patienten vågner på grund af smerter tidligt om morgenen. Hvis der gives langtidsvirkende analgetika til patienter, som har længere smertefrie perioder i løbet af døgnet og sårsmarter, der kun varer op til nogle timer, kan patienten opleve bivirkninger som træthed, sløvhed og utilpashed.

### *Lokal sårsmertebehandling*

Tilstedeværelse af baggrundssmerter og procedurerelaterede smerter eller risiko for, at de opstår, er tilstrækkelig indikation for at igangsætte lokal sårsmertebehandling. Mange patienter oplever sårbehandling, aftagning af bandage samt rensning og berøring af såret som det mest smertefulde ved at have bensår.

## **Stop og tænk**

1. Hvor mange af dine patienter plages af sårsmarter?
2. Vurder dine egne erfaringer. Er det baggrundssmerter eller procedurerelaterede smerter, der plager patienten mest?
3. Hvilke erfaringer har du med virkningen af ikke-medicinske tiltag alene eller i kombination med systemisk og/eller lokal smertebehandling?
4. Hvilke erfaringer har du med, at patienter er skeptiske over for systemisk smertebehandling på grund af frygt for afhængighed eller bivirkninger?
5. Hvad er de mulige konsekvenser, hvis du giver et langtidsvirkende (12 timer) analgetikum til en patient med kortvarige (3-4 timer) smerter?

Derfor kan skånsom håndtering, mulighed for "timeout" (pause i sårbehandlingen), brug af tempereret væske til rensning, behagelige bandager og analgetika administreret direkte i såret reducere ikke bare procedurerelaterede smerter, men også baggrundssmerter (2,5,6, 9,10). Sygeplejersken kan på egen hånd igangsætte og benytte lokale tiltag, som omfatter håndtering af sår, fysisk miljø og bandager, mens tiltag, der involverer receptpligtige lægemidler, skal ordineres af en læge, inden sygeplejersken må administrere dem.

### *Sårbehandlingen*

Sygeplejerskens håndtering af såret og det fysiske miljø, hvor bandageskiftet udføres, har afgørende betydning for, hvor stærke smerter patienten har under og efter bandageskiftet. Hos patienter med smerter, hyperalgesi og/eller allodyni (hypersensibilitet) i såret og sårkanten er det særligt vigtigt at undgå yderligere vævsskade, hårde tryk, friktion og høje eller lave temperaturer. Bandagerne skal aftages forsigtigt.

Nogle patienter oplever færre smerter, hvis de får lov til at tage bandagen af selv, muligvis fordi de så føler, at de har mere kontrol over situationen. Hvis bandagen hænger fast i såret, skal den

blødes op, inden den fjernes, så sårbunden skades mindst muligt. Rensning af sårbunden skal ske skånsomt (8,14), og fjernelse af gamle salverester skal udføres forsigtigt og eventuelt ved brug af olie. Rumtemperaturen bør være behagelig, og for at undgå afkøling af såret bør det ikke være utildækket længere end højst nødvendigt. Dette kræver god planlægning, før sårplejen påbegyndes.

Der bør anvendes rumtempereret væske og udstyr til rensning og bandagering af såret. På ambulatorier kan skyllevæsken opbevares i varmeskab for at sikre, at temperaturen er optimal. I patientens hjem eller på plejehjem kan man anvende lunkent vand fra hanen eller forvarmede beholdere med saltvand i varmebad.

### *Bandager*

Det rette valg af bandager kan reducere smerterne både i forbindelse med sårbehandling og generelt (5,9,10). Bandagen skal føles behagelig for patienten, sidde godt, men være let at tage af, og den må hverken virke udtørrende eller opblødende på såret eller huden omkring det (14,15). En bandage, som hænger fast i sårbunden eller løsner sig og bevæger sig i sårområdet, vil skabe friktion og irritation i sårbunden og forstærke sårsmarterne, når patienten er i aktivitet.

Hvis bandagen tørrer ud og hænger fast i såret, vil opblødning af bandagen mindske smerterne ved aftagning, men der kan dog alligevel opstå vævsskade og smerter (8). Hvis bandagen ikke absorberer nok sår væske, vil sårbunden og sårkanterne blive macereret, så sårsmarterne forværres (9). Både

sårprodukter og sårvæske kan forårsage plagsomme allergiske reaktioner eller irritationsreaktioner i huden omkring såret. Det er nødvendigt at kortlægge årsagen til hudreaktionen for at kunne igangsætte tiltag som f.eks. skift til allergivenlige sårprodukter eller anvendelse af en bandage med tilstrækkelig absorptionsevne.

### *Lokal applikation af analgetika*

Lokalanæstesi, opioider, kortison og NSAID kan administreres direkte i såret til at opnå smertelindring, men der mangler forskning i virkning, sikkerhed og bivirkninger af en sådan behandling. Fordelene ved lokalbehandling er, at den systemiske virkning er meget begrænset, og at lægemidlerne kun har få kendte bivirkninger (1,14).

Udfordringerne ved lokalbehandling er, at nekrose og fibrin i såret kan forhindre lægemidlerne i at virke der, hvor de skal (dvs. på nociceptorerne), og der kræves en vis ventetid, inden virkningen indtræder. Lokalanæstetika findes i form af creme, gel og spray. Tempereret lidocaingel føles som regel behagelig i såret og virker lindrende i løbet af kort tid. Vær opmærksom på, at lidocainspray indeholder alkohol, som kan give stærke smerter i såret ved applikation, og at det kan tage op til 30 minutter, før der opnås en tilfredsstillende virkning med lidocain-/prilocaincreme.

Lokalanæstetika har en hurtigt indsættende, men relativt kortvarig virkning og egner sig dermed til lindring af procedurerelaterede smerter som ved sårbehandling og debridement af sår. Topicale opioider og kortikosteroider har en langsomt indsættende virkning og kan placeres i såret efter rensning for at lindre baggrundssmerter og procedurerelaterede smerter efter sårbehandling (1,2,14). Disse lægemidler kan tilsættes til forskellige hydrogeler og cremer, men praksis er ofte varierende og mangelfuldt dokumenteret.

Det lokale apotek kan kontaktes med henblik på samarbejde om fremstilling af analgetikaprodukter til lokal applikation. Vær opmærksom på, at hydrogel ikke altid egner sig som medium for opioider, da denne gel kan være kontraindiceret (ved hypersensitivitet for propylenglycol, stærkt væskende sår/maceration, topical behandling for infektion). Producenterne anbefaler heller ikke applikation af kortikosteroider til dermatologisk anvendelse på skadet hud eller i sår (16), men topisk kortisonbehandling kan virke lindrende og helende på smertefuld kontakt- eller stasesdermatitis i huden omkring såret. Studier viser, at skumbandager imprægneret med NSAID kan lindre sårsmarter fra væskende sår. Den smertelindrende virkning indtræder efter ca. 30 minutter, og det er ikke påvist, at denne lokalbehandling har negativ virkning på helingen af såret (2).

## **Ikke-medicinsk sårsmertebehandling**

Sygeplejersken kan benytte og igangsætte ikke-medicinske tiltag på egen hånd, men det kan være nyttigt at diskutere anvendelsen og virkningen med andre sundhedspersoner, som er involveret i sårbehandling. Afledning, fremme af anvendelsen af lindrende faktorer, undgåelse af forværrende faktorer og oplevelsen af at have kontrol over sårsmarterne kan virke lindrende på alle typer sårsmarter og reducere smerteintensiteten. Ikke-medicinsk behandling er som regel utilstrækkelig i sig selv ved moderate til stærke sårsmarter, og tiltagene bør i sådanne tilfælde kombineres med lokal og/eller systemisk smertebehandling (2,17).

### *Afledning*

Afledning af opmærksomheden fra smerterne og over på noget, patienten oplever som positivt, kan reducere patientens oplevelse af smerternes intensitet og tilstedeværelse (5,18). Der kan gøres brug af forskellige teknikker, men ofte kan afledning ganske enkelt opnås ved at tale med patienten om noget, han eller hun synes er interessant eller morsomt (9). Under sårbehandling kan man tale om noget helt andet end såret og behandlingen. Andre afledningstiltag kan være at sætte noget behagelig musik på, lade patienten læse avisen/en god bog eller se fjernsyn eller arrangere, at patienten kan deltage i meningsfuld social aktivitet (5,6).

### *Lindrende og forværrende faktorer*

Faktorer, som lindrer eller forværrer sårsmarter, omfatter bl.a. forskellige aktiviteter og stillingskift (19). Spørg patienten, hvad der opleves lindrende og forværrende på smerterne. Bed eventuelt patienten om at skrive ned i nogle dage, hvad der opleves som lindrende eller forværrende på smerterne i dagligdagen.

Kortlægning af og bevidstgørelse om disse faktorer kan hjælpe både patienten og sundhedspersonale til at fremme lindring og undgå forværring af smerter. Det forholder sig imidlertid ikke sådan, at alle smerteforværende faktorer bør undgås. F.eks. kan aktivitet give sårsmarter på grund af ødemudvikling eller iskæmi, men dette betyder dog ikke, at man skal anbefale inaktivitet. Socialt samvær kan også omfatte aktiviteter, der forværrer sårsmarterne, men patienten bør ikke undgå socialt samvær.

Det er mere hensigtsmæssigt, at patienten benytter andre smertestillende tiltag (som analgetika) for at kunne være social og opretholde velvære og god livskvalitet.

#### *Patienten tager kontrol*

Hvis man kan få patienten til at opleve at have kontrol over sårsmarterne, kan det reducere ubehaget ved smerteoplevelsen, og sårsmarterne kan blive lettere at mestre (6). Sygeplejersker kan tage initiativ til at tale med, informere og forklare patienten om såret, sårsmarterne og smertebehandlingen (14,18), så patienten bliver i stand til at mestre.

Korrekt og individuelt tilpasset information og undervisning om sårsmarter kan forbedre smerteforventningerne, reducere angst og korrigerer forkerte forestillinger om sårsmarter, deres betydning og smertebehandling (3,20). Specielt kan det være vigtigt at afkræfte myter og usandheder om anvendelsen af analgetika i forhold til bivirkninger, toleranceudvikling og risikoen for afhængighed (18,20).

Patienten kan derved basere sin forståelse for og sit valg af behandling på viden og ikke uvidenhed eller frygt. For at kunne hjælpe patienten i processen mod at få kontrol over sine sårsmarter kan det være nyttigt for sygeplejersker at søge rådgivning og støtte hos smertesygeplejersker, som er eksperter på området.

## **Behandling af smertefulde følgetilstande**

Patienter med sår oplever ofte ikke alene smerter fra selve såret, men også smerter forårsaget af infektion og kompressionsbehandling ved ødemer.

#### *Infektion*

Infektion kan forårsage vævsskade og sensibilisering af nociceptorer (2,8). Sårinfektion fører næsten altid til ændring eller forværring af sårsmarter eller forårsager smerter i sår, der tidligere var smertefrie (2,9,21). Behandling med antibiotika, som er målrettet mod at mindske infektionen, vil også føre til, at smerterne reduceres, men det kan tage tid, før infektionen mindskes.

Patienter med smertefuld sårinfektion bør have analgetika samtidig med antibiotika og lokalbehandling mod sårinfektion (22). For nogle patienter indebærer dette opstart af smertelindrende behandling, mens dosis kan øges hos patienter, som allerede får analgetika. Behandling med analgetika eller øget dosis af analgetika skal vurderes løbende og seponeres eller nedtitreres, når sårinfektionen er forbedret, og sårsmarterne er reduceret.

#### *Kompressionsbehandling*

Kompressionsbandager er en vigtig og nødvendig behandling af perifere ødemer forårsaget af f.eks. venøs insufficiens. Perifere ødemer kan være smertefulde i sig selv, men det kan kompressionsbehandlingen også være. De fleste patienter synes, det er behageligt til at begynde med, når de har fået kompressionsbandager eller strømper på efter bandageskift, men nogle timer senere og efter aktivitet kan der opstå ubehag og smerter.

I løbet af aftenen og natten kan smerteintensiteten tiltage, og nogle patienter plages så meget, at de løsner på bandagerne eller strømperne, klipper dem op eller tager dem af for at lindre smerterne. Eftersom kompressionsbehandlingen kan være smertefuld i en opstartsfasen, bør patienten på forhånd få god information om vigtigheden af behandlingen, risikoen for ubehag og eventuelle lindrende tiltag, som kan igangsættes.

Kompressionsbandager må ikke anlægges så stramt, at de vil forårsage stærke smerter, men de skal anlægges stramt nok til at reducere ødemer (3,8). Kompressionsbehandlingen bør starte blidt op og

derefter øges gradvis i tryk for at fremme gradvis tilbagestrømning af væske til blodcirkulationen og forhindre stærke smerter i startfasen.

Når patientens ødemer efter nogen tid er reduceret i omfang, virker kompressionsbehandlingen ofte lindrende og behagelig. Polstring under kompressionsbandagerne skal endvidere lægges over knoglefremspring for at undgå smertefulde trykspor eller tryksår (8). Patienter, som får plagsomme smerter ved anvendelse af kompression, bør have analgetika i en kort periode i forbindelse med opstart af behandlingen, så patienten kan klare at gennemføre den første behandlingsperiode, indtil ødemet og smerterne aftager.

## Konklusion

Behandling af sårsmarter bygger på en systematisk og regelmæssig kortlægning og vurdering af patientens sårsmarter, og artikel 1 og 2 bør derfor læses som en helhed. Forskellige systemiske, lokale og ikke-medicinske behandlinger kan igangsættes alene eller i kombination for at lindre sårsmarter. Det rette valg af smertebehandling foretages ofte på grundlag af typen af smerter, deres årsag, intensitet og indvirkning på funktion. Smerternes tidsmæssige variationer giver en indikation af, om der skal administreres korttids- og/eller langtidsvirkende behandling. Smertebehandling skal altid tilpasses patientens individuelle smerteoplevelse og situation, og behandlingen er ofte præget af, at man prøver sig frem, indtil der opnås en tilfredsstillende virkning. Smerterne kan ændre sig over tid, og det er derfor nødvendigt at udføre regelmæssige smertekortlægninger og -vurderinger samt evalueringer af behandlingen for at opnå god lindrende behandling.

### Blå bog



Tone Marte Ljosaa er født i 1977. Bachelor i sygepleje ved Høgskolen i Agder i Norge i 2000. Master i smertebehandling fra Bond University i Australien (2003) og ph.d. med fokus på smerter hos patienter med psoriasis (2012). Hun har klinisk erfaring fra plejehjem, hjemmesygepleje samt infektionsmedicinske og dermatologiske afdelinger. De sidste otte år har hun arbejdet med patienter med akutte og/eller kroniske smerter. I dag arbejder hun som førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Drammen) i Norge som smertesygeplejerske og redaktør af et digitalt sygeplejeprocedureværktøj. Email: [Tone.Marte.Ljosaa@hbv.no](mailto:Tone.Marte.Ljosaa@hbv.no)

Edda Johansen er født i 1964. Bachelor i sygepleje ved Universitetet i Island i 1989. Har praktisk pædagogisk uddannelse og er master i sygeplejevidenskab fra Universitetet i Oslo. For tiden lektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold med ansvar for videreuddannelse inden

for sårbehandling. I 2010 påbegyndte hun en fireårig doktorgrad ved Glasgow Caledonian University i Skotland, en såkaldt professionel doktorgrad. Edda Johansen har klinisk erfaring fra plejehjem, hjemmesygepleje og rehabilitering, men har hovedsagelig erfaring fra intensiv afdeling, hvor hun fortsat arbejder.

Stina Gundersen er født i 1976. Bachelor i sygepleje ved Høgskolen i Østfold i Norge i 1998 og videreuddannet som faglig vejleder ved Diakonhjemmets Høgskole i 2010. Har klinisk erfaring fra ortopædisk/skadekirurgisk afdeling på Akershus Universitetssykehus og som dermatologisk sygeplejerske på dermatologisk afdeling på OUS. Projektleder i et pilotsamarbejdsprojekt om



sundhedsydelser i hhv. statsligt og kommunalt regi med fokus på funktion og virkning af ambulante ydelser til patienter med sår. For tiden konstitueret assisterende enhedsleder for dermatologisk ambulatorium på OUS. Holder foredrag og workshops om sårbehandling på bachelor- og videreuddannelsesniveau ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

### Litteratur



### Læsertest

Patienten er en 70-årig hjemmeboende kvinde. Hun har hjerteinsufficiens, kendt venøs insufficiens, og hendes ankel-arm-indeks er 0,9. Hun har desuden osteoartrose og plages af stivhed og smerter i leddene først på dagen. Ved behov tager hun 1 g paracetamol om morgenen. Hun har dagligt brug for hjælp til at få sine kompressionsstrømper og sit tøj på. For to uger siden opdagede hjemmesygeplejersken et sår på patientens højre læg. Patientens egen læge og hjemmesygeplejen udarbejdede en sårprocedure: Såret vaskes med postevand og bandageres med et absorberende kompres. Uden på dette anlægges en firelags kompressionsbandage.

Efter to dages behandling er bandagen gennemvædet af sårvæske, og huden omkring såret er macereret. Sår bunden er dækket af fibrin og granulationsvæv. Aftagning af bandagen og rensning af såret er smertefuldt for patienten, og hun angiver en NRS-værdi på 8. Smerterne varer ca. 1,5 time efter sårplejen. Patienten siger endvidere, at smerterne er lokaliseret til læggen og i såret. Smerterne opstår om eftermiddagen, både i forbindelse med aktivitet, og når hun sidder ned. De tager til i intensitet fra NRS 4-5 til 6-7 i løbet af aftenen og natten, og hun sover dårligt. Patienten tager 1 g



paracetamol, før hun går i seng, men for at mindske smerterne klipper hun af og til også kompressionsbandagerne delvist op.

**2a)** Vurder, om den systemiske smertebehandling, patienten beskriver, er tilstrækkelig og hensigtsmæssig.

**2b)** Foreslå smertebehandling (systemisk, lokal og ikke-medicinsk) baseret på de begrænsede oplysninger, du har fra patientcasen, artiklens indhold samt din egen viden og erfaring.

*Læs svar længere nede på siden.*

## Svar på læsertest herover

**2a)**

Den systemiske smertebehandling, patienten får, er ikke tilstrækkelig til at lindre vedkommendes sårsmarter til et acceptabelt niveau. Ifølge den modificerede smertetrappe er paracetamol alene egnet til at lindre lette til moderate smerter. Eftersom patienten nu har moderate til stærke smerter om aftenen, om natten og ved sårbehandling, er paracetamol ikke tilstrækkeligt. Ved stærke smerter bør paracetamol anvendes sammen med mere potente analgetika, som f.eks. opioider.

Paracetamolbehandlingen er derfor hensigtsmæssig i kombination med andre analgetika, lokalbehandling og ikke-medicinske tiltag.

**2b)**

Som systemisk behandling kan patienten fortsætte med paracetamol og kombinere dette lægemiddel med opioider. Eftersom patienten ikke har smerter eller kun har lette smerter om morgenen og om formiddagen, er der ikke indikation for, at patienten bør have langtidsvirkende (12 timer) analgetika i dagtimerne. Om eftermiddagen og ved aktivitet kan en lav dosis stærkt opioid eller et svagt opioid anvendes efter behov. Om aftenen kan patienten få et langtidsvirkende opioid, fordi hun om natten er plaget af stærke smerter en stor del af tiden. Hos denne patient bør man være forsigtig med anvendelse af NSAID, fordi hun er gammel og har hjerteinsufficiens.

Som lokalbehandling bør der anvendes en bandage, som ikke vil hænge fast i såret. Bandagen bør kunne absorbere tilstrækkeligt med sårvæske, dvs. mere sårvæske end den bandage, som tidligere har været anvendt. Sårkanterne bør beskyttes med et barriereprodukt for at undgå maceration forårsaget af sårvæske. Til rensning af såret kan man forsøge sig med tempereret saltvand, som kan svie mindre end postevand. Sårbehandlingerne bør udføres hyppigt for at undgå, at bandagen bliver gennemvædet af sårvæske. Kompressionsbandagerne bør vurderes i forhold til, hvor stramt de kan og bør anlægges med tanke på, at patientens ødemer skal reduceres gradvis, og patienten samtidig skal kunne tolerere behandlingen.

Der kan igangsættes forskellige ikke-medicinske tiltag i kombination med systemisk og lokal behandling. Da der kun foreligger begrænset information i denne case, vil det være nødvendigt at tale med patienten om, hvilke afledningsmetoder der kan være egnede, hvilke lindrende/forværende faktorer, der skal tages hensyn til, og hvordan patienten kan opnå kontrol over sårsmarterne.

1. White R. Pain assessment and management in patients with chronic wounds. *Nursing Standard* 2008;22(32):62-8.
2. Woo K, Sibbald G, Fogh K et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *Int Wound J* 2008;5(2):205-15.
3. Parker K. Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard* 2012;26(45):52-62.
4. Briggs M, Flemming K. Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *J Adv Nurs* 2007;59(4):319-28.

5. Solowiej K, Upton D. Painful dressing changes for chronic wounds: assessment and management. *Br J Nursing* 2012;21(20):S20-S5.
6. Maddox D. Effects of venous leg ulcerations on patients' quality of life. *Nursing Standard* 2012;26(38):42-9.
7. Wounds International. International consensus. Optimizing well-being in people living with a wound. An expert working group review. *Wounds International* [tidsskrift på internettet]. 2012 [citeret 3. september 2013]. Tilgængelig på: [http://www.woundsinternational.com/pdf/content\\_10309.pdf](http://www.woundsinternational.com/pdf/content_10309.pdf).
8. Hollinworth H. The management of patients' pain in wound care. *Nursing Standard* 2005;7:65-73.
9. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Minimizing pain at dressing-related procedures: Implementation of pain relieving strategies. A consensus document. Toronto: WoundPedia Inc; 2007.
10. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Minimizing pain at wound dressing-related procedures: A consensus document. London: MEP Ltd; 2004.
11. World Health Organization (WHO). WHO's pain ladder for adults. World Health Organization; 2013 [citeret 3. september 2013]; Tilgængelig på: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
12. Fitzgibbon DR. Cancer pain: Principles of management and pharmacotherapy. I: Fishman S, Ballantyne J, Rathmell JP, editors. *Bonica's Management of Pain*. London: Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p.582-617.
13. Moore A, McCay H. Cyclooxygenase Inhibitors. I: McMahon S, Koltzenburg M, Tracey I et al., editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 1413-33.
14. The European Wound Management Association (EWMA). Position document: Pain at wound dressing changes. London: Medical Education Partnership Ltd; 2004.
15. Benbow M. Addressing pain in wound care and dressing removal. *Nurs Res Care* 2011;13(10):474-8.
16. Felleskatalogen. *Dermovat*. Oslo: Felleskatalogen AS; 2013 [citeret 15. september 2013]. Tilgængelig på: <http://www.felleskatalogen.no>
17. Wounds International. The best practice statement on pain and trauma in wound management. *Wounds UK* [tidsskrift på internettet]. 2004 Apr, Issue 1 [citeret 1. september 2013]. Tilgængelig på: [http://www.woundsinternational.com/clinical-guidelines/best-practice-sta....](http://www.woundsinternational.com/clinical-guidelines/best-practice-sta...)
18. Price PE, Fagervik-Morton H, Mudge EJ et al. Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. *Int Wound J* 2008;5:159-71.
19. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5(1):44-56.
20. Young T. Assessment of wound pain: overview and a new initiative. *Br J Nursing* 2007;16(8):456-61.
21. The European Wound Management Association (EWMA). Position document: Management of wound infection. London: MEP Ltd; 2006.
22. Mudge E, Orsted H. Wound infection and pain management made easy. *Wounds International* [tidsskrift på internettet] 2010;1(3):1-6 [citeret 3. september 2013].

### English abstract

Ljosaa TM, Gundersen S, Johansen E. Wound Pain in Patients with Chronic Leg and Foot Wounds, part 2: Treatment of Wound Pain. *Sygeplejersken* 2014;(7):83-92.

Wounds and treatment of wounds can be painful. Optimal pain treatment requires a structured mapping and assessment of the wound pain (see article 1: Structured mapping and assessment of wound pain, *Sygeplejersken* 2014;(6):65-75). This article is the second of two articles discussing the mapping and treatment of wound pain. In article two, readers gain basic knowledge about systematic

local and non-medicinal sore treatment and about treatment options on the basis of structured pain mapping and assessment. Treatment of wound pain builds upon the basic principles of the World Health Organisation's (WHO) pain ladder (1,2), but it can be necessary to use different types of pain treatment, depending on the types of wound pain and wounds of the individual patient. The information and recommendations are based on the author's clinical experience and on professional and research literature found through structured database searches.

Keywords: Pain treatment, wounds, wound treatment, wound pain.

Emneord:

Sår

Smerte