

Riktig sårbehandling – bedre livskvalitet

Ved produktsjef Iver Helgaker, Smith & Nephew AS

Sårbehandling har tradisjonelt ikke vært prioritert veldig høyt innen helsevesenet. En av grunnene er nok at de fleste sår gror ukomplisert og uten at det er nødvendig med spesielt mye oppfølging. Sykepleiere, som er den gruppen som normalt står for sårstellet, har vært flinke og tålmodige og som regel klart å stille selv vanskelige sår frem til heling. Legene har konsentrert seg om andre områder og ikke fått sterke nok signaler til å endre fokus mot sårbehandling.

I de siste 10 årene har imidlertid sårene fått mer oppmerksomhet. Spesielt kroniske sår blir fokusert fordi disse er langvarige, ressurskrevende og dyre å behandle. Som regel er de også smertefulle, ubehagelige og hemmende for pasientene og innvirker sterkt på den enkelte pasients livskvalitet.

Det forskes nå både på hva som får sår til å lukke seg slik de skal, men like viktig, også på hva som er årsaken til at sår ikke lukker seg. Det siste er den praktiske tilnærmingen til problemet og den som hjelper både behandler og pasienter raskest frem til målet – et tilhelet sår.

Årsaker til utvikling av sår

Det kan være mange årsaker til utviklingen av et sår. De mest åpenbare er naturligvis de akutte sårene etter skader eller kirurgiske inngrep. Disse sårene tilheler som regel uten problemer.

Vanskeligere er det når sårene har en bakenforliggende årsak og som har gjort at sårene defineres som kroniske, dvs har vært til stede i mer enn seks mndr. Skal slike sår tilhele er det logisk at man først må korrigere årsaken til såret og de elementene som ligger og sperrer for at såret kan tilhele, før man starter selve sårbehandlingen. Denne helhetlige måten å tenke på kalles "Wound Bed Preparation" (alt blir mye finere på engelsk naturligvis).

La oss se på hva dette betyr i praksis Det er svært viktig for behandlende lege å gjøre en grundig pasientutredning. Denne må ta for seg to områder – pasientens status dvs. kartlegge systemiske sykdommer da disse i seg selv kan være årsaken, få

oversikt over medisinering da medisiner ofte kan hindre sårtilheling, samt vurdere pasientens allmenntilstand og ernæringsstatus. Spesielt er ernæringsstatus en ofte oversett faktor som spiller sterkt inn på evnen den enkelte har for tilheling. Ut i fra det legen finner vil han igangsette behandling for å bringe dette under kontroll.

Så til såret: hvor lenge har det vært der, lokalisering, størrelse, sårbunnens kvalitet, smerter, lukt, sekresjon, infeksjon etc. Når dette er gjennomført og vurdert, starter behandlingen av såret

Sårbehandling

Hva vil selve sårbehandlingen fokusere på, og hvordan kan den enkelte selv bidra til at sårtilhelingen går så raskt og smertefritt som mulig? Moderne sårbehandlere har utviklet konseptet *Wound Bed Preparation*. Dette er en strukturert måte å gjennomføre sårbehandlingen på, og den har en huskeregel, **TIME**, som hjelper til å fokusere på de viktige elementene i behandlingen.

T – (*Tissue*) tar for seg vevet i og omkring såret. Det man særlig ser etter i sårbunnen er om det finnes dødt vev der, enten i form av svarte eller gule nekroser. Nekroser kjenner vi fra akutte sår som skorper som danner seg når såret heler. Det er helt naturlig og hindrer ikke sårtilhelingen. I et kronisk sår er det annerledes. Der vil en slik svart skorpe ligge som et lokk og hindre at nytt vev danner seg i sårbunnen og derfor forsinke eller stoppe tilhelingen. Like viktig er det at under en slik skorpe trives bakterier svært godt. Får disse lov til å formere seg er ikke veien lang til først en lokal sårinfeksjon som så kan utvikle seg til en dyp og



systemisk infeksjon. Nekroser kan også være gule. Da ser de ”fuktige” ut men effekten er den samme – forsinket eller stoppet sårtilheling og muligheter for å utvikle bakterielle problemer.

Så hva gjør vi med dette? Legen eller behandler vil fjerne nekrosene, ofte med en skalpell eller ved bruk av en hydrogel som legges i såret. Dette er den enkle, smertefrie behandlingen som enkelt kan utføres hjemme. Den tar litt lengre tid, men er effektiv. Gelen som benyttes er bakteriostatisk slik at eventuelle bakterier i såret forhindres i å formere seg. Ved sårstellet renses såret godt, gelen legges i sårbunnen og man velger en overbandasje som er egnet. Hva som er en egnet bandasje ser vi på under M i huskelisten.

I – (Infeksjon/Inflammasjon) er det neste på huskelisten. Kliniske studier har vist at sår som ikke heler, ofte har bakterielle problemer. Behandlingsmessig deler man inn alvorlighetsgraden etter hvor stor total bakteriemengde man har i såret. Noen bakterier er naturlig tilstede i såret og hindrer ikke (kan til og med fremme) sårtilhelingen. Bli de mange nok snakker vi først om en kritisk kolonisering og så om en klinisk infeksjon. Først vil det som regel være en lokal infeksjon i såret, men denne kan gå over i en systemisk infeksjon og da må man til med en antibiotikabehandling i tillegg til selve sårbehandlingen. Det er derfor viktig å ta hånd om bakteriene før utviklingen kommer for langt. Det finnes flere effektive behandlinger for kritisk kolonisering eller lokale sårinfeksjoner og det er legen som har ansvaret for å forordne slik behandling. Det siste på behandlingsfronten er bruk av nanokrystallinske sølvbandasjer lokalt i såret og ved en systemisk infeksjon i kombinasjon med antibiotikabehandling.

Hva er kjennetegnene når bakteriene begynner å skape problemer i såret? Det er mange lokale tegn som alle kan indikere at bakterier formerer seg i såret. Av alle tegnene er det imidlertid ett som er en sikker indikator – smerte i såret. Da er såret i en utvikling med forsinket eller stoppet tilheling, fargeforandringer i sårbunnen, mangel på nytt vev eller nytt vev i sårbunnen som blør lett, unormal lukt, øket sårvæske og ikke minst øket smerte. Skrittet over i en ren infeksjon er kort. Den klassiske infeksjonen ser man ved hevelse, rødhet og

varme i området rundt såret, utsondring av puss, vond lukt, smerte og feber.

Det er viktig med omhyggelige sårstell og bruk av produkter og medikamenter som både dreper bakterier lokalt og systemisk og som tar hånd om sårvæsken i forhold til hvor mye såret væsker.

M – (Moisture), sårvæske. Vi har i mange år snakket om hvor gunstig det er for såret at det holdes riktig fuktet under tilhelingen. Da formerer cellene seg lettere og såret heler raskere. For kroniske sår er forholdet noe annerledes. Kroniske sår er i en kronisk inflammatorisk fase hvor såret væsker mye. Sårvæske er en aggressiv væske og det er vist at for mye væske vil hindre sårets tilheling. Vi ønsker derfor å bringe dette under kontroll bl. a. ved bruk av riktig bandasjemateriell. Ved tilstander som venøse leggsår og lymfødem er f.eks bruk av kompresjonsbandasjer en viktig behandling.

Ved bandasjering for væskekontroll er det tre hensyn som skal ivaretas: bandasjen skal absorbere sårvæsken på en slik måte at såret ikke tørker ut (da får vi nekrosedannelser), den skal kunne holde den absorberte væsken i bandasjen slik at den ikke lekker ut på huden omkring (da vil sårvæsken ”etse” på huden slik at såret blir større) og den skal virke beskyttende mot støt og ytre påvirkninger.

E – (Edges), sårkanter. I løpet av de aller siste årene har forskere stadig utvidet kunnskapen om de cellene som styrer utviklingen i såret og hvordan disse interagerer for å lede såret frem til heling. Dette er spennende og håpet er naturligvis at det vil lede til nye preparater og bandasjer som ytterligere vil påvirke sårtilhelingen positivt.

Valg av bandasjemateriell

Det finnes mange gode bandasjer på markedet, som enten kan benyttes alene eller i kombinasjon med andre. To hovedtyper er vanlige: bandasjer som fester seg selv til huden og bandasjer som må festes med andre overbandasjer.

Er sårets plassering, størrelse og hudkvalitet slik at man kan benytte en bandasje som fester seg til huden anbefaler jeg som regel en skumbandasje med en vann – og bakterietett film. Da kan man som regel dusje og bade uten at det er nødvendig å skifte bandasje. Slik bandasje kommer i tykk-

ser tilpasset ulike væskemengder og kan sitte på såret i opp til syv dager. Bandasjene er smidige og behagelige og skummet gir en god trykkavlastning.

Skumbandasjer kan kombineres med gel, nanokrystallinske sølvbandasjer ved bakterielle problemer eller andre absorberende bandasjer dersom væskemengden tilsier ekstra kapasitet. Ved bruk av kompresjonsbandasjer finnes det også skumbandasjer som både absorberer under trykk og som evner å holde den absorberte sårvesken i bandasjen.

Er hudkvaliteten rundt såret for dårlig til at man kan benytte bandasjer med lim anbefaler jeg likevel skumbandasjer. Disse må imidlertid fikseres med en overbandasjering om de ikke benyttes under kompresjonsbandasjer.

Det finnes imidlertid en rekke andre typer bandasjer på markedet som alle kan benyttes. Det viktigste er at man finner frem til en type man er komfortabel med, lærer å kjenne og er trygg på å bruke. Bytter man stadig fra den ene bandasje-typen til den andre, er det vanskelig å vurdere om bandasjen gir den ønskede sårtilhelingen man er ute etter.

Sårbehandling er mer kompleks enn det de fleste forestiller seg. For enkelte sykdommer, som for eksempel diabetes, kan ubehandlede/feilbehandlede sår være livstruende. Andre sykdommer kan gi sår som påvirker både pasienten og familien negativt. Det er derfor viktig i sårbehandlingen å behandle hele pasienten – og ikke bare såret på pasienten. ■