

WOUND MANAGEMENT

Schmerzreduktion in der Wundversorgung

Ein internationales Konsensdokument¹ der World Union of Wound Healing Societies fasst die Prinzipien der „Best Practice“ zusammen und gibt Ärzten und Pflegeern einen Leitfaden zur Minimierung von Schmerzen bei der Wundversorgung zur Hand.

Schmerzen wirken sich ungünstig auf die Wundheilung aus und beeinträchtigen die Lebensqualität.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle Wunden schmerzhaft sein bzw. schmerzhaft werden können: Auch die die Wunde umgebende Haut kann empfindlich oder schmerzsensibel sein. Bei manchen Patienten kann bereits die geringste Berührung oder selbst der Kontakt mit Luft Schmerzen verursachen.

Als Ursachen für Wundschmerzen kommen in Betracht:

- ▶ **operativer Schmerz:** bedingt durch operative Eingriffe, die in der Regel in Narkose durchgeführt werden, z. B. Debridement, Verbandwechsel bei schweren Verbrennungen
- ▶ **anwendungsbedingter Schmerz:** bei Routineeingriffen wie Verbandwechsel, Wundreinigung
- ▶ **mechanischer Schmerz:** bei täglichen Aktivitäten wie Mobilisierung, bewegungsbedingt etwa bei Husten oder Verrutschen des Verbandes
- ▶ **Dauerschmerz:** auch im Ruhezustand, aufgrund von Wundätiologie, lokalen Wundfaktoren (z. B. Ischämie, Infektion) und anderen pathologischen Faktoren (z. B. Neuropathie) oder anderen Dauerschmerzserfahrungen (Herpes zoster, Krebs, Osteoarthritis).

Voraussetzung: Schmerzbeurteilung

Ziel muss es sein, Schmerzen und Beschwerden, insbesondere auch bei Manipulationen, auf ein Minimum zu reduzieren. Um das Vorgehen individuell anpassen und auch Analgetika entsprechend dem Bedarf auswählen zu können, ist eine Beurteilung der Schmerzen essenziell, in die der Patient unbedingt einzubeziehen ist, die aber zu keinem zusätzlichen Stressfaktor werden sollte.

Die Anfangsbeurteilung durch einen erfahrenen Arzt umfasst eine vollständige Schmerzanamnese, in der auch psychosoziale Faktoren zu berücksichtigen sind. Laufend werden vor, bei und nach jedem Verbandwechsel Schmerzen der Wunde und des umliegenden Gewebes sowie alle neuen regionalen Schmerzen erfasst.

Der Patient im Mittelpunkt

Basis jeder Schmerzbeurteilung ist das aktive Zuhören, das gezielte Erfragen und das Beobachten des Patienten: Gibt es Schmerzauslöser, verstärkende Faktoren, schmerzlindernde

Faktoren, welche Handlungen sind besonders schmerzhaft? Jeder Verbandwechsel bietet darüber hinaus Gelegenheit, die Wunde auf andere Indikatoren (Entzündung, Infektion etc.) zu untersuchen.

Zur Messung der Schmerzintensität empfiehlt sich je nach individueller Situation die Verwendung von visuellen Skalen (z. B. Smiley-Skalen oder VAS), numerischen oder verbalen Skalen. Schmerztagebücher erlauben vor allem ein Erfassen der Dauerschmerzen.

Individuelles Vorgehen

Die Schmerzbehandlung sollte individuell auf den Patienten und die Wunde abgestimmt sein. Bei der Wahl der Wundbehandlung selbst sind neben der Art der Wunde und den Heilungsaussichten auch die Wahrscheinlichkeit einer Schmerzerfahrung und die Schmerzintensität zu berücksichtigen.

Die Behandlung des Wundschmerzes umfasst primär auch die Behandlung der kausal zugrunde liegenden Faktoren und ein an diese Faktoren angepasstes Vorgehen in der Wundversorgung. Als lokale Wundfaktoren kommen in Betracht: Ischämie, Infektion, übermäßige Trockenheit, Exsudation, Mazeration der Wundumgebung etc.). Bei der Behandlung von Dauerschmerzen und mechanischen Schmerzen sind Analgetika entsprechend dem WHO-Stufenschema zu wählen. Zusätzlich kommen trizyklische Antidepressiva und Antikonvulsiva vor allem bei neuropathischen Schmerzen in Betracht.

Anwendungsbedingte Schmerzen minimieren

Die meisten Analgetika können vorbeugend – d. h. vor der Wundbehandlung – verabreicht werden, darüber hinaus sollten für unkontrollierbare Schmerzen jederzeit stärkere, rasch wirksame Analgetika zur Verfügung stehen. Topische Lokalanästhetika kommen meist in Kombination mit anderen Methoden in Betracht.

Die Intervention selbst ist so zu planen und zu gestalten, dass Schmerzen weitgehend vorgebeugt wird.

Dazu zählt unter anderem

- ▶ stressfreie Umgebung
- ▶ entsprechende Lagerung des Patienten
- ▶ Einbeziehen des Patienten
- ▶ Vermeiden von unnötiger – auch noch so leichter – Berührung



- ▶▶ Vermeiden von längerer Freilegung
- ▶▶ Temperatur des Produktes vor Auftragen prüfen
- ▶▶ Übermäßigen Druck vermeiden
- ▶▶ Sitz des Verbandes überprüfen
- ▶▶ Fortlaufende Bewertung und Modifikation des Behandlungsplanes
- ▶▶ Überdenken der Behandlungsstrategie bei starken Schmerzen

Auswahl des Verbandes und des Prozederes

Besonders das Abnehmen des Verbandes kann sehr schmerzhaft sein. Da dabei immer potenziell das Risiko für eine neuerliche Schädigung des heilenden Gewebes sowie der umliegenden Haut besteht, sind Verbände zu bevorzugen, die eine feuchte Wundheilung fördern (z. B. Hydrogele, Hydrofasern) und eine atraumatische Entfernung (z. B. silikonbeschichtete Verbände) ermöglichen.

Entscheidend ist es, einen Verband zu wählen, der auf den Typ und den Zustand der Wunde abgestimmt ist; dabei sind Parameter wie Wundmilieu, atraumatische Entfernung, Absorptionsfähigkeit und Allergiepotezial zu berücksichtigen. Um einen häufigen Verbandwechsel zu vermeiden, werden idealerweise Verbände bevorzugt, die länger auf der Wunde verbleiben können. Veränderte Wundbedingungen erfordern eine Neubewertung und möglicherweise ein anderes Prozedere oder einen Umstieg auf ein anderes Produkt.

Susanne Hinger ■

¹ Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

INTERVIEW

Die Widerlegung von Mythen



Univ.-Doz. Dr. Gerald Zöch

Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA)
gerald.zoech@wienkav.at

Ein rezentes Konsensdokument der World Union of Wound Healing Societies ist der Schmerzreduktion bei der Wundversorgung gewidmet.

Herr Dozent Zöch, wie beurteilen Sie den Bedarf für einen solchen Konsens?

Für einen solchen Konsens besteht ein enormer Bedarf, denn immer noch hält sich vielfach die antiquierte Meinung, Wundversorgung und Verbandwechsel, besonders bei Verbrennungspatienten, müssten wehtun. Immer noch geistern in der Wundbehandlung verschiedene Mythen herum, die nicht eindringlich und oft genug widerlegt werden können.

Welche Mythen sprechen Sie hier an?

Das Konsensdokument listet etliche dieser falschen Annahmen auf und widerlegt sie:

- ▶ z. B. den Mythos von Nass-trocken-Verbänden als angeblich höchstem Standard oder den Mythos von Fixierverbänden als vermeintlich schmerzloseste Art, einen Verband zu befestigen. Tatsächlich kann adhäsive Gaze empfindliches Gewebe zerstören und das Abnehmen jedes Fixierverbandes kann wegen der gesteigerten Nervenempfindung in der Wundumgebung sehr schmerzhaft sein.
- ▶ Das rasche Abziehen eines Verbandes verringert keineswegs Schmerzen, sondern kann Gewebeschäden und Traumaschmerzen auslösen.
- ▶ Falsch ist die Annahme, Patienten mit diabetischen Fußwunden würden keine Schmerzen spüren, denn trotz Verlustes an peripherer Nervenempfindung kann eine erhöhte Sensibilität vorliegen.
- ▶ Falsch ist weiters auch die Annahme, dass Schmerz ausschließlich von der Wunde kommt. Vielmehr können Rückenmarksreaktionen auf eingehende

Schmerzsignale eine abnorme Sensibilität im die Wunde umgebenden Bereich auslösen. Bei Paraplegikern wiederum sind die Konvulsionen als Schmerzäquivalent zu werten.

- ▶ Und: Orale Analgetika können wohl eine gewisse Linderung verschaffen, sollten allerdings nicht als einzige Lösung in Betracht gezogen werden.

Was kann sonst getan werden, um Schmerzen zu minimieren?

Ganz wesentlich ist es, das psychosoziale Umfeld des Patienten einzubeziehen. Der Behandler – gerade im Spital – vergisst oft, dass viele Patienten Angst vor dem Verbandwechsel haben: einerseits wegen der Schmerzen, andererseits wegen der ungewohnten Situation. Entscheidend für einen möglichst angstfreien Verbandwechsel ist daher zunächst die Vorbereitung darauf, das bedeutet, sich bewusst dafür Zeit zu nehmen, eine stressfreie Umgebung zu schaffen (z. B. Fenster schließen, Handy abschalten) und dem Patienten zu erklären, was nun geschehen wird und wann es eventuell weh tun könnte. Die Prinzipien der Wundbehandlung, die in der Hektik des Alltags oft vergessen werden, sind im Konsensus sehr gut beschrieben. Besonders hinzuweisen ist noch darauf, dass das Austrocknen der Wunde, d. h. jedes längere Freiliegen, auf jeden Fall zu vermeiden ist. Schon vor der Intervention sollte daher das ganze Material, das gebraucht wird, hergerichtet werden. Kann die Wunde nicht sofort versorgt werden – etwa weil noch auf fachärztliche Anweisung zu warten ist –, sollte sie mit in lauwärmer Kochsalzlösung befeuchteter Gaze abgedeckt werden.

Das heißt, die individuelle Situation des Patienten steht im Mittelpunkt?

Ja, das Wort „Angst“ wird im Konsensus zwar nicht explizit erwähnt, es wird aber sehr gut herausgearbeitet, wie wichtig es ist, auf den Patienten individuell einzugehen. Wer sich Zeit nimmt und gut mit dem Patienten kommuniziert, wird ihm damit einen Teil der Angst nehmen und auch weniger Analgetika brauchen.

Interview: Susanne Hinger ■